

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Karolína Košťálová

Ošetřovatelský proces u žen po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii
v produktivním věku

Nursing process of women after laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in
the working age

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Novotná

Praha, 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze,

Karolína Košťálová

Podpis:

Identifikační záznam:

KOŠŤÁLOVÁ, Karolína *Ošetrovatelský proces u žen po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii v produktivním věku*. [Nursing process of women after laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in the working age]. Praha, 2013. 70 s., 6 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 2013. Vedoucí práce Novotná, Jana.

Poděkování:

Úvodem ve své bakalářské práci bych nejprve chtěla upřímně poděkovat paní Mgr. Janě Novotné, za odborné vedení při zpracování bakalářské práce, za cenné rady, které mi během konzultací poskytla. Děkuji jí také za ochotu a trpělivost, které si nesmírně vážím.

Dále bych chtěla srdečné poděkovat svým rodičům, kteří mě během studia vždy podporovali a měli se mnou nesmírnou trpělivost, která byla občas dosti zapotřebí.

Děkuji také paní Š, která mi umožnila rozhovor a poskytla cenné informace k vypracování ošetrovatelské kazuistiky.

Děkuji

Abstrakt v českém jazyce:

bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským procesem u žen po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou.

V teoretické části jsem se zaměřila na anatomii a fyziologii dělohy a reprodukčních orgánů ženy. Další kapitola je věnována samotné hysterektomii a jejích způsobů provedení. V jednotlivých podkapitolách jsou rozebrány jednotlivé operační způsoby a komplikace hysterektomie. V poslední kapitole teoretické části jsem popsala proces ošetřování, který je rozdělen na předoperační a pooperační období.

Empirická část obsahuje podrobně rozpracovanou ošetrovatelskou anamnézu jedné pacientky po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii v podobě ošetrovatelské kazuistiky.

V závěru práce jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy a jejich rozpracování. Práce je doplněna o edukační plán, kde je popsáno, jak by měla edukace pacientky probíhat.

Klíčová slova: hysterektomie, ošetrovatelský proces

Abstract:

This thesis deals with the nursing process in women with laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. The thesis is divided into theoretical part and empirical part.

The theoretical part is focused on the anatomy and physiology of the uterus and female reproductive organs. Next chapter is dedicated to hysterectomy and its performance realization. The individual subsections are focused on various ways of operating and complications of hysterectomy. The last chapter of the theoretical part describes the process of care, which is divided into pre- and postoperative period.

The empirical part includes detailed nursing history of a patient after laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in the form of a nursing case study.

In conclusion, there are established nursing diagnoses and their elaboration. The work is complemented with an educational plan, which describes how the patient should be educated.

Key words: hysterectomy, nursing process

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE A FUNKCE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ ŽENY	11
1.1 Zevní rodidla (organa genitalia externa, vulva).....	11
1.2 Vnitřní rodidla (organa genitalia interna)	12
1.2.1 Adnexa	12
1.2.2 Děloha	13
1.2.3 Pochva	13
2 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE POHLAVNÍHO CYKLU ŽENY	14
2.1 Menstruační cyklus.....	14
2.2 Poruchy menstruačního cyklu.....	16
2.3 Menopauza	17
2.4 Příznaky spojené s přechodem.....	18
3 HYSTEREKTOMIE A INDIKACE OPERAČNÍHO VÝKONU.....	20
3.1 Způsoby provedení hysterektomie.....	20
3.1.1 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie	20
3.1.2 Abdominální hysterektomie	21
3.1.3 Vaginální hysterektomie	24
3.2 Komplikace hysterektomie	25
3.3 Vliv hysterektomie na psychiku ženy	26
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽEN PO HYSTEREKTOMII	27
4.1 Předoperační péče.....	27
4.1.1 dlouhodobá předoperační péče.....	27
4.1.2 střednědobá předoperační péče	28
4.1.3 bezprostřední předoperační péče.....	29
4.2 Pooperační péče.....	30
4.3 Úkoly sestry před propuštěním pacientky do domácího léčení	32
EMPIRICKÁ ČÁST	33
5 CÍL VÝZKUMU	33

5.1	Výzkumné otázky	33
5.2	Metodika.....	33
6	KAZUISTIKA.....	35
6.1	Identifikační údaje o nemocné.....	35
6.2	Lékařská anamnéza.....	36
6.3	Lékařská diagnóza	37
6.4	Diagnostické metody	38
6.5	Terapie.....	39
7	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZE A POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB ..	41
7.1	Podpora zdraví, aktivity k udržení zdraví.....	42
7.2	Výživa, metabolismus	43
7.3	Vylučování	43
7.4	Aktivita.....	44
7.5	Spánek, odpočinek.....	44
7.6	Vnímání, poznávání.....	44
7.7	Sebepojetí, sebeúcta.....	45
7.8	Role, mezilidské vztahy.....	45
7.9	Sexualita, reprodukční schopnost	45
7.10	Stres, zátěžové situace	46
7.11	Víra, přesvědčení, hodnoty	47
7.12	Bezpečnost, ochrana	47
8	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	47
8.1	Cíl, plán, realizace a hodnocení.....	48
9	PROGNÓZA ZE DNE 27.2.2013	55
10	EDUKAČNÍ PLÁN.....	56
11	DISKUSE.....	58
12	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	62
	PŘÍLOHY	64

Úvod

Při výběru své bakalářské práce mě ovlivnila praxe na gynekologickém oddělení v průběhu letních prázdnin. Zde mě překvapilo nemalé množství prováděných laparoskopických vaginálních hysterektomií. Jako žena mám k tomuto oboru blízko a proto bylo mou volbou téma „ Ošetrovatelský proces u žen po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii v produktivním věku“. Součástí mé praxe byla právě péče o tyto pacientky, proto se ve své práci zabývám jejich problematikou, způsobu ošetřování a nejčastějšími indikacemi, které je vedou právě k tomu to výkonu. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie patří k nejčastějším velkým gynekologickým operacím vůbec. Nalezneme je na každodenním operačním plánu gynekologických oddělení. V dnešní době není výjimkou, že tuto operaci podstupují poměrně mladé ženy, ženy v produktivním věku, které ještě toužili po potomkovi. Tento výkon není pouze traumatem pro organismus, ale také velikou psychickou zátěží pro ženu. Vzpomeňme si na dobu, kdy slovo ženy nemělo ve společnosti příliš velkou váhu. Ženy byly předurčeny pouze k plození dětí a k péči o domácnost. I když dnes žijeme v jiné moderní době, jako by tento úkol zůstal v podvědomí žen stále zakódován. Není pro ně únosná myšlenka, že selhaly v roli matky, ale také v roli manželky.

„*Žena odpustí všechno kromě toho, že nevzbudila touhu*“. (Jean-Jacques Rousseau).

Tomuto stavu se říká posthysterektomický syndrom. Jeho vývoj a intenzita je zcela individuální a nemusí se vůbec projevit. Podle mého názoru se na vývoji tohoto syndromu podílí domácí zázemí, milující manžel a samotná osobnost pacientky. Je-li žena vyrovnaná a je ochotna podstoupit vše pro záchranu svého zdraví, nemusí se posthysterektomického syndromu obávat. Je známo, že u pacientek, které mají děti, se syndrom vyskytuje méně než u pacientek bezdětných.

V průběhu několika desítek let došlo ve zdravotnictví k velkým pokrokům a k využití nových moderních metod pro snížení traumatizace s minimálním výskytem komplikací. Hysterektomie se dříve prováděla běžným abdominálním způsobem, dnes je zcela výjimkou. Abdominální operaci zcela nahradila metoda laparoskopická.

Technický vývoj laparoskopických operací vyvrcholil již v roce 1988, kdy byla provedena první laparoskopická hysterektomie americkým vaginálním operátorem H. Reichem. Laparoskopický přístup je pro ženu méně traumatizující, zrychluje se pooperační rekonvalescence a brzké navrácení do běžného života. Je zde zaznamenáno i snížení celkových i místních pooperačních komplikací. Vzhledem k vysokému podílu genetických vlivů, životnímu stylu žen a časté promiskuitě bude hysterektomie stále častější vaginální operací.

Cílem teoretické části je popsání reprodukčních orgánů ženy, jejich funkcí a popsání ošetrovatelské péče o pacientku v předoperačním i pooperačním období. Mým cílem je pochopení důležitosti dodržování všech pevně stanovených zásad. V praktické části se věnuji rozboru ošetrovatelského procesu u jedné pacientky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FUNKCE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ ŽENY

Rodidla ženy patří mezi celistvé orgány jak morfologicky tak funkčně. Z klinického pohledu dělíme ženské pohlavní, reprodukční orgány na dvě části, které dohromady tvoří jeden celek.

1.1 Zevní rodidla (*organa genitalia externa, vulva*)

Zevní orgány jsou uloženy na konci trupu mezi stehny. Počítáme mezi ně hrmu, malé a velké stydké pysky, topořivá tělesa, vestibulární žlázy, panenskou blánu a hráz. Směrem od symfýzy k řitnímu otvoru dělíme zevní rodidla na:

- **Hrma** (*mons pubis*) je vyklenutí dolní části podbřišku před sponou stydkou. Jedná se o tukovou vrstvu krytou kůží a četnými mazovými a potními žlázami v pubertě ochlupené.
- **Velké stydké pysky** (*labia majora pudendi*), jejichž podkladem jsou tukové polštářky, kůže je kryta ochlupením jako na hrmě. Pysky k sobě těsně přiléhají a tvoří štěrbinu (*rima pudendi*) a kaudálně tvoří řasu (*commissura labarum posteriori*).
- **Malé stydké pysky** (*labia minora pudendi*), jsou kožní řasy různé velikosti, které jsou uloženy mediálně od velkých pysků. Nejsou ochlupené a ani neobsahují potní žlázy, pouze mazové. Pysky jsou protkané bohatou žilní pletení a jsou mírně topořivé. Dosahují do dvou třetin velkých pysků a rozbíhají se do dvou řas, mezi nimiž je uložen poštváček (*klitoris*).
- **Topořivá tělesa** (*corpora cavernosa*). Při pohlavním dráždění dochází v těchto orgánech k městnání krve a následným zduřením místní oblasti. Mezi ženská tělesa řadíme:
 - *Poštváček (klitoris)* – leží nad ústím močové trubice a stavbou odpovídá topořivým tělesům v penisu.
 - *Párový erektivní orgán* na spodině malých stydkých pysků, který je tvořen žilní pletení po stranách vchodu do pochvy.

- **Vestibulární žlázy** (glandulae vestibulares). Pod sliznicí poševního vchodu se nachází malé žlázy, které udržují vlhkost poševního vchodu. Jednou z největších a nejmohutnějších je tzv. Bartholiniho žláza (glandula vestibularis major), kterou nalezneme na vnitřní dolní straně velkých stydkých pysků. Svou velikostí i tvarem připomíná zrnko hrachu.
- **Poševní předsín** (vestibulum vaginae) je malý prostor mezi malými stydkými pysky, zepředu ohraničen poštváčkem, pod kterým je ústí močové trubice. Níže se nachází vlastní vchod do pochvy a vzadu se nachází řitní otvor.
- **Panenská blána** (hymen) je slizniční řasa neboli vazivový lem různého tvaru, která neúplně uzavírá poševní vchod u dívek, co dosud neměly pohlavní styk. Při prvním pohlavním styku vzniká tzv. *deflorace*, její protržení, které se projeví mírným krvácením. Zbytek blány se dotrhá při porodu.

1.2 Vnitřní rodidla (organa genitalia interna)

1.2.1 Adnexa

Jde o souhrnný název pro trubky, ovaria a jejich závěsy.

Vejcovod je párový svalový orgán. Je dlouhý asi 8-10 cm a silný 2 -4 mm. Část vycházející z děložní dutiny je částí intersticiální (pars interstitialis), postupně přecházející v část s nejužším průsvitem, část istmickou (pars isthmica), s nejsilnější svalovinou. Do břišní dutiny směřuje nejlaterálnější část (pars ampullaris), kterému také říkáme *ostium abdominale tubae*. Sliznice ve vejcovodu tvoří podélné řasy, které nalezneme v intersticiální části. Hlavní funkce začíná během fertilizace, když se zde vajíčko setkává se spermií, znamená, že vejcovod je pouze orgánem pro transport. Rytmičnými stahy pomáhá oplozenému vajíčku do děložní dutiny.

Vaječník (ovarium) je párová ženská pohlavní žláza s vnitřní sekrecí. Velikost vaječníku se během vývoje a věku liší. Povrch kryje vrstva epitelu, pod kterým se nachází vrstva tenkého vaziva – tunica albuginea. V kůře ovaria (cortexu) nalezneme vaječné míšky (folliculi), které ovšem nejsou všechny ve stejné fázi vývoje. V nitru ovaria je schovaná dřeň (medulla) s cévami a epiteliálními embryonálními zbytky z mezonefros a rete ovarii. Vaječník je uložen na zadním listu širokého vazy na plica

lata. Peritoneum nepokrývá celý vaječník, nýbrž se upíná na mezoovariu. Plica suspensoria ovarii spojuje vaječník s nástěnným peritoneem a přivádí k němu arteria ovarica. Morfologie vaječníku se v průběhu ženina života mění. Do puberty je povrch ovaria hladký, v generačním období je povrch nerovný, s četnými jizvami po cyklických změnách se žlutými tělísky a zrajícími folikuly. Ve stáří je vaječník malý a rozrýhovaný.

1.2.2 Děloha

Děloha (uterus, metra, hystera) je největší vnitřní pohlavní orgán v těle ženy. Je to dutý orgán tvořený silnou svalovinou do tvaru komolého kužele zepředu dozadu oploštělého. Děloha je uložena mezi močovým měchýřem a konečníkem v malé pánvi a drží ji ligamentum latum uteri.

Největší částí je tělo (corpus uteri), po té je hrdlo (cervix uteri) přechod mezi těmito částmi je děložní isthmus. Každá část je rozdílná svou stavbou.

Děložní hrdlo (cervix uteri) je dolní částí dělohy směřující do pochvy, je válcového tvaru s délkou 3,5- 4 cm. Jednou z částí děložního hrdla uloženého v pochvě a nad pochvou je děložní čípek. Hrdlo rozdělujeme na horní a dolní část s obsahem cervikálních žlázek, které produkují cervikální hlen a kanál navazující na děložní dutinu, který je zúžen na vnitřní branku. Děložní dutina je vystlána sliznicí – endometriem, krytou jednovrstevným řasinkovým epitelem. Endometrium v době pohlavní zralosti ženy prochází charakteristickým cyklickými změnami. V děložních rozích se děložní dutina zužuje a přechází v intersticiální část vejcovodů. Děloha slouží k vývoji plodu. (viz. příloha 3).

1.2.3 Pochva

Pochva neboli vagina je vazivově - svalový rourovitý orgán, dlouhý 8-10cm. Spojuje dělohu se zevními rodidly a je součástí měkkých porodních cest. V klidu přiléhá přední stěna poševní k zadní stěně, proto má pochva štěrbinovitý průsvit. Patří mezi orgán poddajný do šířky i do délky. Ve stoje směřuje pochva zepředu do zadu a zdola a nahoru. Kraniálně obkružuje děložní čípek a tvoří přední a zadní poševní klenbu. Zadní klenba sousedí s Douglasovým prostorem. Vleže je nejhlubším místem zadní klenby, kde se hromadí sperma při pohlavním styku, od toho je odvozen název *receptaculum*

seminis. Pochva je kryta nerohovatějícím dlaždicovým epitelem. Hladká svalovina má odlišné uspořádání v zevní a vnitřní straně. V zevní straně probíhají snopce podélně a ve vnitřní vrstvě je uspořádání kruhové. Mezi nimi můžeme naléznout *Pawlíkův trojúhelník*. Na poševní sliznici nalezneme řasy a díky produkci cervikálního hlenu z hlenových žlázek vulvy a transudací přes stěny je zajištěna vlhkost.¹

2 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE POHLAVNÍHO CYKLU ŽENY

2.1 Menstruační cyklus

Můžeme říci, že jde o opakované periodické krvácení u žen, které začíná v pubertě a končí menopauzou. Krvácením rozumíme odlučování děložní sliznice s krví. Díky menstruaci a funkčním reprodukčním orgánům mohou ženy otěhotnět. Začátek menstruace nazýváme menarche a začíná u dívek kolem 12. roku a poslední menstruaci (menopauzu) mají ženy mezi 45 a 55lety. U žen s poruchou příjmu potravy, sportovkyň nebo u žen s nízkým tělesným tukem může být menstruace bez ovulačního cyklu, nazýváme jej amenoreou. Tyto cykly jsou méně pravidelné a každý trvá jiný počet dní.

Celý cyklus trvá přibližně 28 dní a je rozdělen do několika **fází**. Není u všech žen stejný, za fyziologickou hodnotu se počítá rozmezí 24 -36 dnů.

Menstruace trvá přibližně 7 dní se ztrátou asi 70 ml krve a částí děložní sliznice (endometria). Během menstruace se mohou u žen objevovat křeče dělohy (dysmenorea), které jsou bolestivé.

Folikulární fáze

Folikul je základní anatomickou a funkční jednotkou v ovariu. Jejich růst je zajištěn díky stimulujícímu hormonu (FSH), který zajišťuje růst folikul, které obsahují oocyty. Obaly oocytů produkují estrogény, primárně estradiol. Estrogény zajišťují růst nové sliznice (endometria). Hladina estrogenů je zajištěna negativní vazbou na

¹ KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-x.

hypofýzu, následkem se snižuje sekrece FSH. Největším folikulem je vylučován inhibic, který snižuje hladinu FSH. Za normálních okolností dozrává jen jedno vajíčko a u ostatních folikul se zastaví růst. Rozvinout se může jen vedoucí folikul, má nejvíce receptorů FSH. Množství folikulů není pořád stejné, nejvíce folikulů v ovariích se nachází v 5-6. měsíci těhotenství a je jich 6-7 milionů. Po porodu již pouhých 1-2 miliony a v období menarche jen 500 000.

Ovulace

Ovulace je termín užívaný pro fázi, kdy se uvolní zralé vajíčko z vaječníku (ovaria) a postupuje vejcovodem do dělohy pomocí řasinek, které jsou jak výstelka vejcovodu. Během této cesty se může potkat se spermií. V takovém případě dochází k oplodnění vajíčka. Vajíčko po ovulaci zaniká velice rychle, k oplození může dojít přibližně do 24 hodin po ovulaci. Spermie mají větší životaschopnost, v těle ženy si mohou uchovat oplodňovací schopnost až 5 dnů.

K ovulaci dochází po té, když dozraje folikul. Vyplavuje tak vysoké množství estradiolu, že se spustí tzv. zpětná vazba, což je rychlé uvolnění luteinizačního hormonu (LH). Tato fáze nastává přibližně 12. den cyklu při délce až 48 hodin. Vajíčko je kryto několika vrstvami folikulárních buněk, ze kterých vzniká žluté tělísko a produkuje estrogen a progesteron. Během růstu folikulů začne jeden jasně dominovat a ostatní zanikají. Vajíčko ve folikulu dozrává. Během ovulace dochází k prasknutí obalu největšího folikulu a vajíčko se vyplaví k ústí vejcovodu a pomocí řasinek putuje směrem do dělohy.

Luteální fáze

Folikul, z něhož se vajíčko vyplavilo se za podpory hormonů hypofýzy změní ve výstelku buněk v tzv. žluté tělísko (corpus luteum). Pár dní ještě žluté tělísko vylučuje i progesteron, který je důležitý pro přípravu endometria a výstelky pro rané těhotenství. Když nedojde k oplodnění odchází z těla ven během menstruace. Progesteron zvyšuje bazální teplotu, proto když si žena pravidelně teplotu měří, pozná, že nastala luteální fáze.

Ovulační a menstruační cykly spolu těsně velmi souvisí a bezprostředně na sebe navazují. Zatím co se ve vaječnicích střídá folikulární a luteální fáze, děložní sliznice prochází čtyřmi fázemi menstruačního cyklu.

Menstruační fáze: nedojde - li k oplození vajíčka, dochází k odličování děložní sliznice, což se projevuje krvácením (menstruace). Začátek menstruace je první den, od kterého se počítá první den cyklu.

Proliferační fáze: po ukončené menstruaci dochází k regeneraci a zbytnování děložní sliznice. Tyto změny jsou řízeny především estrogeny, vznikajícími v dozrávajícím Graafově folikulu. Tato fáze trvá až do 12. dne cyklu.

Sekreční fáze: pokračuje kypření a překrvení děložní sliznice vlivem estrogenů a po ovulaci také vlivem progesteronu ze žlutého tělíska. Tloušťka sliznice bývá až 5 mm. Fáze trvá do 27. dne cyklu.

Ischemická fáze: pokud vajíčko není oplozeno, žluté tělísko zaniká, klesá produkce pohlavních hormonů. Nízká hladina hormonů vyvolá kontrakci svaloviny cév a zastaví přívod krve s živinami a kyslíkem k buňkám děložní sliznice, které následkem toho odumírají. Ischemická fáze trvá přibližně 24 hodin. Po obnovení normálního průtoku krve sliznicí dojde k odlučování odumřelých buněk a k jejich odplavování krví. Začíná opět menstruace.²

2.2 Poruchy menstruačního cyklu

- Anovulační cyklus – v cyklu nenastává ovulace a krvácení je stále s frekvencí za 28 dní.
- Oligomenorea – méně časté krvácení, které trvá do 35 dnů
- Hypomenorea – abnormálně slabé krvácení
- Polymenorea – časté krvácení
- Hypermenorea – abnormálně silné krvácení
- Metroragie – acyklické krvácení
- Menoragie – acyklické krvácení

² ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978- 80- 247- 2832- 2.

- Amenorea – absence menstruačního krvácení
- Dysmenorea – bolesti břicha při menstruaci
- Premenstruační syndrom – soubor psychických, somatických a vegetativních příznaků, obvykle 5- 14 dní před menstruací.

2.3 Menopauza

Od 35. roku ženy můžeme pozorovat první známky o snižování ovariální funkce a snižování ovariální odpovědi na hypofyzární stimulaci. Změny se postupně prohlubují, až menstruační cyklus zcela vymizí a nastává tzv. amenorea trvalá.³

Menopauza neboli poslední menstruace v životě. Jedná se o takovou, když už nenastane žádná další. U většiny žen nastává kolem 50. roku života, ale velkou roli v tom hraje dědičnost a z faktorů životního stylu má nepříznivý vliv nikotinismus.

Může se také vyskytnout *předčasná menopauza*, což je menopauza vyskytující se v nižším věku, než jsou dvě směrodatné odchylky od průměrného věku menopauzy v populaci. V praxi je hranice 40 let. Příčin může být hned několik, autoimunitní onemocnění či genetické vlivy, ale také familiární a nefamiliární odchylky chromosomu X.

Indukovaná menopauza znamená zástavu menstruace z důvodu chirurgického odstranění obou ovaríí a provedenou hysterektomií. Dále také iatrogeně ukončena jejich funkce chemoterapií nebo aktinoterapií.

Postmenopauza je označení pro období po menopauze, ač k ní došlo přirozenou nebo indukovanou menopauzou. Začíná rok po poslední menstruaci.

Perinomenopauza začíná jeden rok před poslední menstruací a končí jeden rok po menopauze.

Klimakterium nastává tehdy, když funkce ženských orgánů přechází z reprodukčního do postreprodukčního období. Klesají funkce ovaríí a končí nástupem postmenopauzy.

³ SLEZÁKOVÁ, Lenka. A KOLEKTIV. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání, Praha 2011. Praha: Grada Publishing,a.s, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9

„Biologický význam menopauzy není dosud znám, u ostatních savčích druhů se nevyskytuje. Byly vykonstruovány často vtipné teorie, jakou biologickou výhodu může menapauza druhu *Homo sapiens* přinášet a jakým způsobem by bylo možno tuto výhodu geneticky přenášet. Za nejpravděpodobnější nicméně pokládáme prosté vysvětlení – totiž že přirozená délka života člověka je 50 let a na tuto dobu je programována funkce ovaria, menopauza je tedy záležitostí civilizace a s ní spojeného prodloužení života.“⁴

2.4 Příznaky spojené s přechodem

Akutní příznaky vznikají postupně nebo náhle, většinou u žen kolem menopauzy. Příznaky jsou hodně různorodé a mohou trvat od řady měsíců do několika let. Mezi nejdůležitější řadíme, že ženy ztrácí zájem o okolí, přijdou si nepotřebné, méně sexuálně přitažlivé a ve srovnání s okolím staré. Tyto nepříjemné pocity se snaží většina žen kompenzovat různými způsoby, zejména přejídáním. Následný přírůstek na váze ovšem sebevědomí nepřispívá a dochází ke ztrátě sebedůvěry. Tyto potíže se však nevyskytují u všech žen, příznaky menopauzy jsou zcela individuální. Všechny etapy života jsou pro člověka náročné, ale s touto etapou se ženy velice často špatně vyrovnávají. Mívají nepříjemné subjektivní příznaky, návaly horka a pocení, které je omezují v osobním i sexuálním i pracovním životě. Ženy si často stěžují na nauzeu, poruchy spánku, napětí, závratě a silné bolesti hlavy doprovázené palpitací. Menopauza je období žen, kdy jsou často podrážděné a objevují se u nich deprese. Zdrojem nepříjemných pocitů je také tzv. *Organický estrogen-deficitní syndrom*, který je charakterizován hlavně atrofií sliznic a poškozením kůže, nehtů i vlasů. Poškozené sliznice jsou hlavně v pochvě, pro vymizení přirozené bakteriální flóry. Atrofie se projevuje sníženou sekrecí z pochvy a častým pálením a řezáním při močení.

Ženy po menopauze mají zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění. Choroby nevznikají náhle, ale mají pozvolný vzestup, proto by se mělo dbát na prevenci těchto onemocnění. Obecně platí, že u žen dochází k ICHS o 10 let později než u mužů.

⁴ ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1.vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978- 80- 247- 2832- 2.

Vzestup se uvádí až od 60. roku života, díky prudkému poklesu estrogenů. Na výskytu těchto chorob se podílí z velké míry i životní styl ženy.⁵

Ateroskleróza

Jako důsledek estrogenového deficitu se zvyšuje vznik aterosklerózy. Ateroskleróza je onemocnění cévní soustavy, kdy dochází k částečnému nebo úplnému uzávěru cévního řečiště. Po menopauze je zvýšen celkový cholesterol i hladina triacylglycerolů, hladina HDL – cholesterolu se snižuje a hladina LDL- cholesterolu se zvyšuje. S věkem se snižuje kvalitu cévního endotelu, což má za následek nárůst ateromových plátů. K jejich růstu dopomáhá i zvýšená inzulinová rezistence. Závažné poškození orgánů je způsobené perfuzí tkání, která je zapříčiněna zhoršeným průtokem v mozkových, koronárních i periferních tepnách.

Osteoporóza

Osteoporózou je nazýváno onemocnění, které charakterizujeme úbytkem kostní hmoty, beze změny poměru mezi minerální a organickou složkou. Jedná se o změnu mikroarchitektury kosti s častým výskytem zlomenin. Mezi nejčastější osteoporotickou zlomeninu je kompresivní zlomenina obratle, také Collesova fraktura v místě dolního předloktí a zlomenina krčku stehenního. Většina zlomenin se hojí bez větších následků, ale i tak hrozí komplikace, které vedou k dočasné upoutání na lůžko. Důležité je dbát na prevenci zlomenin a redukci pádů, které by je způsobovali. V poslední době slyšíme pojem tzv. kvalita kosti. Vzestup kostní denzity nám udává vzestup minerálů, ale pokles resorbční aktivity vede ke větší kvalitě kosti.

Jaroslav Jeníček ve své knize uvádí, že každá třetí žena a každý šestý muž starší 50- ti let mají pravděpodobnost utrpět jednu nebo dvě osteoporotické zlomeniny do konce svého života. Během výpočtu došlo ke zjištění, že během 30- ti let se počet alespoň zdvojnásobí. Osteoporóza se stává sociálním problémem až v dnešní době, kdy se průměrná délka života zvyšuje. Žena tak tráví většinu života obdobím, kdy má nedostatek pohlavních hormonů, které ovlivňují pevnost kosti.

⁵ JENÍČEK, Jaroslav. *Hormonální substituční terapie a klimakterium: průvodce pro lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-0133-2.

V roce 1948 Albright uveřejnil svoji hypotézu, která za hlavní příčinu vzniku osteoporózy označila snížení činnosti osteoblastů v důsledku nedostatku estrogenů. Od té doby se označení postmenopauzální osteoporóza stává prakticky synonymem pojmu osteoporóza.⁶

3 HYSTEREKTOMIE A INDIKACE OPERAČNÍHO VÝKONU

Hysterektomie je chirurgický výkon k odstranění dělohy z těla ženy. Je to výkon, po kterém žena již nemůže mít děti. Pojem vznikl spojením dvou slov řeckého původu *hystera* (děloha) a *ectomy* (odejmutí orgánu). Hysterektomii můžeme řadit mezi nejzákladnější velké gynekologické operace u žen nejen u nás, ale i ve světě. Odstranění dělohy patří dosud mezi základní operace ženy. Přes veškerý moderní vývoj konzervativních výkonů a pokroků medikamentózní léčby se řadí mezi stále nejčastější velkou gynekologickou operaci. Na celém světě jsou ročně odebrány reprodukční orgány více jak půl milionu ženám. V České republice bylo v roce 2003 provedeno 13 500 operací. Dnes se celkový počet pohybuje v rozmezí mezi 15 až 17 tisíci zákroky za rok. Je patrné, že počet stále narůstá. Většinou dochází k odebrání dělohy ve fertilním věku ženy, což je období před nástupem menopauzy.

3.1 Způsoby provedení hysterektomie

Hysterektomie může být prováděna několika způsoby. Nejčastěji se používá laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, dále vaginální hysterektomie a abdominální hysterektomie.

3.1.1. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

Patří k nejčastěji používané současné metodě, při níž se do dutiny břišní třemi malými řezy zavede laparoskop a chirurgické nástroje. Pomocí laparoskopu se zhodnotí nález v pánvi, posoudí se velikost dělohy, její uložení a pohyblivost adnex. Zhodnotí se stav Douglasova prostoru a stadium endometriózy. Odhalení nálezu v pánvi rozhodne o

⁶ JENÍČEK, Jaroslav. *Hormonální substituční terapie a klimakterium: průvodce pro lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-0133-2.

možnosti vaginální hysterektomie. Operace dále pokračuje vaginální cestou. Endoskopický výkon se končí koagulací, ligací nebo přiložením svorek na uterinní cévy a plexy.⁷

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie se provádí od roku 1996 a představuje 10% všech hysterektomií. Její začátky ovšem sahají až do roku 1988, kdy byla provedena první laparoskopická hysterektomie (LH) operátorem H. Reichem, který byl zneklidněn vysokým počtem abdominálních hysterektomií ve své praxi.⁸

Indikuje se pouze tehdy, předpokládá-li se adhezivní proces v malé pánvi (např. po předchozích operacích) nebo pro předoperační nejasný nález na adnexech. V ostatních případech se preferuje přímý vaginální přístup, a to zejména z důvodu zkrácení nutné operační doby.⁹ (viz. příloha 2).

3.1.2. Abdominální hysterektomie

Je klasický způsob, kdy se vede přes břišní stěnu řez. Tento způsob používají lékaři u rozsáhlých zhoubných nádorů.

První vědecky doložená abdominální hysterektomie byla provedena v roce 1878 W.A.Freudem ve Vratislavi. Ten výkon rozdělil hned do několika částí, a to na střední incizi břišní stěny, vysunutí střevních kliček a tří základní ligatury na každé straně. Po odstranění dělohy došlo na sešití pochvy, pobřišnice a uzavření břišní stěny. Krátkou dobu na to svou metodu představil i v Praze, ale většina operátorů se tehdy obávala pooperačních komplikací, jako je zánět pobřišnice, a preferovali raději přístup poševní cestou. Dalším zkoumáním byla objevena další metoda abdominálního odstranění dělohy a to supravaginální amputace dělohy (kombinovaná s vaginálním odstranění hrdla) a dekorace přední nebo zadní hysterektomie, hemisekce dělohy. Tuto zjednodušenou metodu vynalezl Richardson v roce 1929. Fixace bazálních částí

⁷ KUŽEL, David. *Gynekologická endoskopie*. 1.vydání. Praha: Galén, 1996. ISBN 80-85824-40-x.

⁸ Laparoskopická hysterektomie: laparoskopická hysterektomie. In: *Wikiskripta: projekt sítě lékařských fakult MEFANET* [online]. [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Laparoskopick%C3%A1_hysterektomie

⁹ LUBUŠKÝ, M., Š Machač a D Lubušský. *Vývoj v indikačním spektru a způsobu provedení hysterektomie*. Gynekologicko porodnická klinika FN Olomouc [online]. 2003. [cit. 2013-02-10]. Dostupné na: <http://www.lubusky.com/postery/2003-vyvoj-v-indikacnim-spe.pdf>

ligamentum latum a sakrouterinních vazů pochvy měla bránit vzniku pozdějšího sestupu.

Všechny statistiky v populaci se počítají na ženy starších 15- ti let. Statistický odhad v České republice dosahoval koncem minulého století na 20 000 hysterektomií ročně, z toho 70% abdominálních. Nejčastěji je indikována ženám, co mají výrazné gynekologické obtíže, nereagují na dosavadní dostupnou léčbu a nepříznivě ovlivňují jejich kvalitu života. Tyto ženy mají většinou z provedené operace prospěch a kvalita jejich života je rapidně zvýšena. Ve studii MWH (Main Women's Health) bylo u žen po hysterektomii (z 35% pro myomy) nalezeno viditelné zlepšení stavu u 72% pacientek, v16% případech se jednalo o mírné zlepšení a pouhé 3% vedly ke zhoršení stavu. Studie pochází z konce 80 let, proto jej hodnotíme s určitou rezervou.

U těžkých jednostranných nálezů se užívá tzv. amerického postupu (*side to side*). Postup spočívá v tom, že zákrok začínáme na přístupné straně dělohy, tedy na té nepoškozené zánětem od shora dolů a po separaci hrdla pokračujeme na protilehlé straně zase ale od shora nahoru. U závažnějších případů jako je poškození Douglasova prostoru nebo rektovaginální endometrióza se užívá metoda „backward hysterektomie“, která se začíná přerušením vezikouterinní pliky a stažení měchýře. Po té nastupuje nad úrovní močovodu podvázání děložních tepen a konečné uvolnění cervixu.¹⁰

Indikace k provedení abdominální hysterektomie

Jednou z nejčastějších příčin a indikací k abdominální hysterektomii jsou **myomy** (*uzly z děložní svaloviny, které mohou způsobovat silné a nepravidelné krvácení*). Myomy díky své velikosti brání vstupu do dělohy laparoskopickou nebo vaginální cestou. Někdy je také pochva příliš úzká, k tomu aby již byl proveden výkon. Další indikací je **onemocnění endometria**, děložní sliznice, kde se mohou vyskytovat polypy, prekancerózy (před nádorový stav) a počáteční stádia rakoviny. U mladších žen jsou časté **změny na děložním čípku** neboli *dysplazie*, které jsou označovány jako počáteční stádia rakoviny děložního čípku. Tento postup se doporučuje i při krvácení z dělohy, kde nereaguje ani hormonální léčba. Zařadíme sem také **endometriózu a poranění dělohy**.

¹⁰ MÁRA, Michal a Zdeněk HOLUB. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. 1.vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1854-5.

Popis operačního postupu

V bezprostřední přípravě před hysterektomií se začíná dezinfekcí pochvy 1% jodalkoholem v poševních zrcadlech. U žen alergických na jod se dezinfikuje Septonexem. Do pochvy se zavede proužek gázy vlhčený dezinfekcí, který vysává sekret z pochvy při operaci.

Nejprve otevřeme dutinu břišní a fixujeme dělohu Musseuxovými kleštěmi nebo navrtáním, po upevnění peánu nebo dlouhých kleští na hraně dělohy se může začít operovat na adnexech směrem zprava do leva. Běžným postupem je postupování od horních úponů dělohy k distálním směrem k hrdlu. Po uvolnění obličejových vazů po prostřížení obou listů širokého vazů stáhneme močový měchýř a podvážeme děložní cévy. Preparace probíhá u hran, děloha se naklání tak, aby byla co nejpřístupnější a přetínaná tkáň napnutá. Důraz je kladen na přikládání dlouhého rovného nástroje souběžně s osou děložního hrdla, což slouží jako orientační bod, aby nedošlo k poškození ureteru, který se v místě kříží s arteria uterina. Veziko - cervikální septum přestříhneme preparačními nůžkami a dostáváme se k incizi pochvy, která se dělá vpředu, vzadu nebo z boku. Sesuneme vazy a tím obnažíme poševní klenbu a odstraníme tamponádu. Jakmile pochvu nastříhneme, založíme na její okraj Kochrovy kleště a druhé na protilehlou stranu, kde byla podvázán uterinní arterie, další kleště umístíme vpředu a poslední vlevo laterálně. Desinfikujeme okraje pochvy a hrdlo dělohy postupně uvolňujeme do pochvy a vytáhneme ven. Po odstranění dělohy ošetříme postranní ruptury případně zavádíme drenáž. Užívá se nejčastěji gumový drén, který je fixován stehem ke stěně poševní. V případě krvácení subperitoneálně se zavádí Redonův drén, který je z umělé hmoty a je vyveden břišní stěnou. Drenáže se ruší přibližně 4. den po operaci. (viz. příloha 4).

Většinou se doporučuje u hysterektomie odstranění i vejcovodů, které mohou být zdrojem pooperačních infiltrátů. Po odstranění dělohy ztrácejí svůj význam a v těle se stávají zbytečnými.¹¹

¹¹ KOBILKOVÁ, Jitka. *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1.vydání. Praha: Grada, 2000.136 – 138 s. ISBN 80-7169-494-0.

3.1.3. Vaginální hysterektomie

Zákrok prováděný přes pochvu a otevření poševní klenby. Tento způsob se používá zejména u starších žen, které mají potíže s udržením moči. Operace je většinou spojena s plastickými úpravami pánevního dna. Vaginální hysterektomie patří mezi metodu operace, která je pro řadu gynekologů jednou z nejběžnějších k odstranění dělohy. Nedělá obtíže při odstranění malé dělohy nebo dělohy sestupující. Horší případy nastávají u větších děloh, které jdou velice těžko poševně odstranit. Vaginální hysterektomie se dělí dle anatomických podmínek na standardní a hysterektomii při objemné děloze. Vaginálně lze provést hysterektomii bez větších obtíží o hmotnosti 400 – 500g a je-li děloha pohyblivá alespoň v jednom směru. Při nestažitelnosti dělohy musí být mobilní alespoň kraniálně. U dělohy s větší hmotností je nutno zvažovat vaginální přístup, aby byla dodržena bezpečnost výkonu.

V těchto případech se provádí redukční zásahy, mezi které patří :

Amputace děložního hrdla značně ulehčuje celý průběh operace u větších děloh. Výkon se provádí především u myomů a před ligaturou děložních tepen. Výkon spočívá v úpravě asymetrie mezi osou rotace procházející inzercí oblých vazů a těžnicí.

Hemisekce je první postup, který používáme u menších nebo středně velkých děloh. Díky ní je umožněna bezpečná luxace těla dělohy. U větších myomů se výkon kombinuje s modelací. Hemisekce se provádí přední a zadní stěnou nebo kompletně. Nejvíce se setkáváme s hemisekcí přední, díky níž je usnadnění exstirpace dělohy.

Morselace dělohy je prováděna u normální nebo zvětšené dělohy, v případě kdy děloha nejde stáhnout do pánve ani po protěti vazů. Setkáme se s ní i u velkých děloh s myomy, kde se dělá jako podmínkou úspěšné extrakce. Abychom získali přístup k myomu na přední straně nebo vysoko ve fundu provádíme morselaci přední.

Myomektomie neboli **enukleace myomu** je kombinována nejčastěji s hemisekcí a modelací, kdy malé myomy odstraníme tak, že díky dlouhých zahnutých nůžek prořízneme kapsulu a velké odstraníme po částech. V méně častých případech se setkáváme s tzv. subserózním přístupem, založeným na odstranění většiny svaloviny i s dutinou. Myomy odstraňujeme pomocí Mussetových nebo Kochrových leští.

Coring je jeden ze způsobů zmenšení dělohy pomocí centrálního vyřezávání. Iniciálním řezem se dospěje kónického tvaru. Způsob se doporučuje pouze u malým děloh s myomy a řez se vede na úrovni děložního istmu a doporučenou 5 mm silnou periferní vrstvou zevního myometria. Celkový objem dělohy je natolik zmenšen, že následná extrakce dělohy je snadná.

U malých děloh s myomy je hysterektomie poměrně snadná a je nejjednodušším výkonem s minimální traumatizací.

3.2 Komplikace hysterektomie

Komplikace, které se bojí snad každý chirurg a patří mezi nejčastější je **krvácení a poranění okolních orgánů a tkání**. Poranění močového měchýře může nastat při odstřihávání a při jeho špatném sesunutí z přední stěny děložního hrdla a pochvy a také při odstřihování dělohy od pochvy. Nastane - li tato situace je třeba provést suturu ve dvou vrstvách a po výkonu je zavedena močová cévka přibližně na 10 dnů. Při preparaci močového měchýře v jeho laterální části, ale také při opichu krvácení v místě, kde je arteria uterina, může dojít k **poranění nebo přerušení močovodu**.

Močovod nalezneme asi 1,5 cm od dělohy pod arterií. Za normálních okolností není viditelný. Při výkonu na děloze je nutné dávat pozor na případné jeho podvázání, které vede až k ureterovaginální píštěli asi do týdne po operaci. Jakékoli poškození ureteru poznáme, že z druhého konce neodtéká krev, ale moč zbarvená krví. Močovod se od cév liší svým hvězdicovitým průsvitem. K poranění ureteru dochází v 0,1 -0,5 % případech. Jako predilekční místo se označuje oblast přechodu močovodu do malé pánve a v místě křížení a. uterina. Pro minimalizaci komplikací je důležitější pečlivá pooperační kontrola a včasné odhalení případných příznaků, vedoucích k odhalení nastalé komplikace. Můžeme sem zařadit sledování tělesné teploty, přítomnost bolesti, hematomu, abscesu. V takových případech, kdy dojde k nějakému podezření je nutné využít diagnostické postupy a vyšetření (sonografie a CT dutiny břišní spolu s malou pánví, nesmíme zapomenout na laboratorní hematologické vyšetření, CRP, hemokultura). Komplikací u hysterektomie je i **poranění rektu**, které je prováděné pro zánět nebo endometriózu. Rektum bývá připoutáno pevně a vysoko k zadní stěně děložního hrdla. Proto stříháme nůžkami vždy směrem k cervixu.

Komplikace rozdělujeme podle lokalizace komplikace, dle časového rozmezí máme komplikace pooperační, časné a pozdní pooperační. Dle Webera a Leea došlo ke komplikacím u Abdominální hysterectomie 9,1 %, u laparoskopické 8.8 %, a vaginální asi 7,8 %. Na vzniku komplikací se z velké části podílejí rizikové faktory, jako je věk, hmotnost, časté interní choroby a dnes často vyskytující se častá heparinizace. Nebezpečný je také prodloužený čas operace, kde hrozí zvýšené riziko lokální traumatizace operační rány. Je třeba dbát i na celkový čas katetrizace, aby nedošlo k otlakům, a zanesení infekce, jejíž riziko můžeme snížit dodržováním aseptického přístupu zavádění a přesného postupu u provádění hygieny a ošetření cévky.¹²

Mezi případné všeobecné komplikace patří alergická reakce na podání léčebné látky nebo desinfekčního přípravku, které je ovšem vzácná, ale musíme jí brát v úvahu. Jakýkoli chirurgický výkon může být spojen s určitou ztrátou krve, proto může dojít k podání transfuze krve a potřebných látek, které udržují oběh. Pozor musíme dávat také na místní cévy. V případě poranění je nutná břišní operace. K pozdním komplikacím se řadí porucha odchodu plynů či odchodu stolice (zpomalení střevní peristaltiky). Po výkonu se může objevit i infekce močových cest. Za místní komplikaci považujeme špatně hojící se ránu, která má známky infekce tzv. hojení rány per sekundam a je nutná léčba antibiotiky. Každá chirurgická operace představuje riziko tvorby krevních sraženiny a možnosti vmetků do plic s rozvojem plicní embolie. Tato komplikace se pohybuje kolem 3%.¹³

3.3 Vliv hysterektomie na psychiku ženy

Děloha ženy je často vnímána jako zdroj tělesného tepla a ženské výkonnosti. Její odnětí mohou ženy chápat jako pocit vinny či méněcennosti z neschopnost rodit děti, přestože jsou v reprodukčním věku. Mají strach, ze snížení nebo omezení jejich sexuální aktivity a také ze ztráty zájmu partnera. Tímto příznakům říkáme **Posthysterektomický syndrom**. Může se také projevovat únavou nebo poruchou spánku, náhlými bolestmi hlavy a návaly horka. Objevují se závratě a časté močové obtíže. Prevence

¹² MÁRA, Michal a Zdeněk HOLUB. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. 1.vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1854-5.

¹³ MÁRA, Michal a Zdeněk HOLUB. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. 1.vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1854-5.

posthysterektomického syndromu spočívá hlavně v důkladné edukaci pacientky a velice záleží na osobnosti každé osoby. Psychický stav po hysterektomii je zcela individuální, proto nelze odhadnout zda - li syndrom nastane, ale je nutné mu předcházet.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽEN PO HYSTEREKTOMII

Operační výkony se provádí většinou v celkové inhalační anestezii. Naskytnou-li se nějaké komplikace nebo jsou např: kardiovaskulární indikace nebo nutnost, aby pacient při operaci spolupracoval, je operace prováděna ve spinální nebo epidurální anestezii. Po operaci je nutná hospitalizace na standardním gynekologickém oddělení nebo jednotce intenzivní péče a to v případě komplikací. Doba hospitalizace je různá, u každé pacientky je zcela nutný individuální přístup. Proběhne-li operace bez větších komplikací tak může hospitalizace trvat přibližně kolem 7 dnů.¹⁴

4. 1 Předoperační péče

Psychosociální stránka

Samotný nástup do nemocnice a plánovaná operace je stresujícím okamžikem, se kterým se žena musí vypořádat. Proto bývá v tomto období problém otevřeně mluvit o intimních záležitostech a navodit důvěru. Díky profesionálnímu a empatickému chování sestry může být tato zábrana odstraněna a pacientka bude přesvědčena, že jí chtějí zdravotničtí pracovníci pomoci. V tomto období je nutné podat informace o celém výkonu a průběhu léčby. Informace podává lékař a následně jsou stvrzeny podepsáním souhlasu s výkonem.

Sestra seznámí pacientku s předoperačním a pooperačním obdobím. Edukovaná pacientka většinou velice dobře spolupracuje a po výkonu je následná rekonvalescence bez větších problémů.

4.1. 1 dlouhodobá předoperační péče

Celé předoperační období zahajujeme zhodnocením stavu pacientky. Důležitá je konečná diagnóza, která je indikací k výkonu, přidružená onemocnění a věk pacientky. Důležitá je také naléhavost operačního výkonu. Předoperační péče začíná již

¹⁴ MACKŮ, František. *Gynekologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-294-x.

stanovením diagnózy, která je indikací k operaci a poté následuje řada vyšetření. První předoperační vyšetření provádí praktický lékař. Úkolem sestry je zjistit jak pacientka zvládá onemocnění v osobním životě, bude-li o ní po operaci postaráno, jaké má očekávání od operace a samotné hospitalizace.

Praktický lékař zajistí pacientce kompletní interní vyšetření platné jeden měsíc, které se skládá z odebrání komplexní anamnézy, odběru krve na KO, krevní srážlivost (QUICK, APTT, INR), biochemické vyšetření krve, CRP + funkce jater (ALT, AST, bilirubin). Další vyšetření provede lékař na základě zdravotního stavu pacienta. U pacientů nad 40 let je nutné EKG, u kuřáků a pacientů nad 60 let se provádí RTG srdce a plic. Při podezření na velkou krevní ztrátu zjišťujeme i krevní skupinu a Rh faktor.

4.1. 2 střednědobá předoperační péče

Po přijetí na oddělení, které obvykle bývá jeden den před operací, je nutné pacientce vysvětlit celý průběh předoperační přípravy a stavu po operaci. S anesteziologem se pacientka domluví na způsobu anestezie a vyplní anesteziologický dotazník. Před každým výkonem musí být řádně podepsaný souhlas s provedením výkonu, ale i hospitalizací a anestezií. Pacientku je nutné o všem informovat a zodpovědět jí všechny dotazy. Informace jsou podávány příslušným lékařem a ošetřující sestrou, dle svých kompetencí.

Po každé operaci plyne pro pacienty nějaké omezení a to různého rázu, proto bychom neměli zapomínat na nácvik pooperačního režimu. Na gynekologickém oddělení sem zařazujeme dechová cvičení, nácvik vykašlávání s přidržováním operační rány, také nácvik vyprazdňování do podložní misky a nácvik pohybu na lůžku tak aby se co nejméně zatěžovala břišní stěna. Mezi základní pohyby na lůžku patří posazování, otáčení, použití hrazdičky při zdvihu a samotné opuštění lůžka se svěšenými dolními končetinami.¹⁵

Sestra poučí pacientku o nutnosti být lačná před výkonem. Od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit a nežvýkat. Na noc pacientka dostává hypnotikum na klidný spánek, který je zapit pouze douškem vody.

¹⁵ MACKŮ, František. *Kompendium gynekologických operací*. 1.vydání. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7184-294-x.

4.1.3 bezprostřední předoperační péče

bezprostřední předoperační péče začíná v den operačního výkonu. Pacientka už by měla zůstat na lůžku v úlevové poloze s klidovým režimem. Od doby hospitalizace je nutné sledovat a zaznamenávat hodnoty fyziologických funkcí, vedlejších příznaků komplikací, jako jsou bolesti v podbřišku či lumbální krajině, krvácení, výtok z pochvy. Mohou se také objevit poruchy s vyprazdňováním a známky dráždění peritonea popř. nechutenství. Sestra kontroluje lačnost pacientky. Poučí klientku a provedení důkladné hygieny genitálu a pupeční jizvy pomocí tamponu s desinfekcí. Po hygienické péči provede sestra oholení genitálií a bandáž dolních končetin jako prevence tromboembolické nemoci, za pomoci natahovacích punčoch či obinadel. Upozorní klientku na odlakování nehtů a odlíčení tváře.

Asi pul hodiny, až hodinu před operací se aplikuje premedikace, látky jsou dle zvyklosti odděleny, většinou se jedná o opiát a atropin na snížení slinění. Důležitý je také stav výživy kdy se hodnotí body mass index, jehož hodnota je nezbytná pro anesteziologa k určení množství premedikace i samotné anestezie. Premedikace se podává za účelem zklidnění pacienta, zabránění vzniku nežádoucích reflexů, působí na snížení sekreci hlenu v dýchacích cestách a snižuje bazální metabolismus. Nejčastěji se užívá DOLSIN (50- 100 mg) + PROTAZIN (50mg) a ATROPIN (0,5 – 1 mg). Ke kratším vaginálním operacím se volí nitrožilní anestezie, která je doplněná o inhalaci kyslíku. U delších operací se už doporučuje inhalační anestezie doplněna intubací pacientky a podáním myorelaxancia.

Jak je již psáno výše, od půlnoci se nepije, nekouří ani nežvýká. Je nutná 6-8 hodinová lačnost. Den před operací dostává pacientka pouze tekutiny. Dále jen ordinace pomocí infuzní terapie.¹⁶

Před odjezdem na sál zkontrolujeme vyjmutí zubní protézy a odstranění všech šperků. U velkých gynekologických operací se také provádí výplach pochvy za účelem očistným, desinfekčním, léčebným i deodoračním. Výplach je prováděn lékařem. Po

¹⁶ MACKŮ, František. *Kompendium gynekologických operací*. 1.vydání. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7184-294-x.

aplikaci premedikace pomůže sestra s převléknutím do nemocniční košile a pacientka by měla zůstat v klidu v poloze na zádech s položenou hlavou.

Vyprazdňování močového měchýře je zajištěno pomocí zavedení permanentního močového katétru spojeného se sběrným sáčkem, který je zavěšen u lůžka pacientky nebo operačního stolu. Lze takové využít možnost spontánního močení nebo jednorázového vycévkování. Lačností před výkonem je zajištěno vyprázdnění tlustého střeva. Někdy lze dopomoci projímadly (YALL, Fortrans, fosfátový roztok, glycerinový čípek) či očistnými klyzmaty, které jsou prováděny u všech plánovaných výkonů.

4.2 Pooperační péče

Pooperační péče začíná již na sále. Po výkonu je pacientka převezena na pooperační pokoj nebo jednotku intenzivní péče, většinou dle stavu a zvyklostí oddělení. Pokoj by měl být vybaven monitoringem vitálních funkcí, který kontroluje stabilizaci stavu pacientky. Na pooperačním, či „dospávacím“ pokoji pracuje specializovaná nebo vyškolená sestra pro intenzivní péči. Celková péče se odvíjí dle stavu a komplikací klientky. Platí zásada, že u použití spinální anestezie by se nemělo vsávat z lůžka minimálně 24 hodin a leží vodorovně na zádech. Pacientka po operaci celkovou anestezií zaujímá polohu na zádech s pokrčenými dolními končetinami mírně zvýšenou horní polovinou těla, tzv: Fowlerova poloha. Neustále kontrolujeme signalizační zařízení.

Lůžko je vybaveno jednorázovými podložkami, vložkami a gumovou podložkou v oblasti pánve, které brání prosáknutí a potřísnění. Dále se můžeme setkat s podložním kolem, které má pacientka pod pánví. Slouží k pohodlnému sezení po operačním zákroku v oblasti hráze. V pooperačním stavu dbáme zejména na zvýšenou hygienu genitálu a operační rány. Vzhledem k vytékání sekretu je nutné ránu pravidelně sprchovat. Předcházíme tak vzniku infekce. Pravidelně měníme prádlo i jednorázové pomůcky. Musíme si uvědomit, že zasahujeme do intimních míst pacientky, proto musíme respektovat její intimitu.

Důležitým ukazatelem stavu pacientky je stav vědomí, všímáme si i celkového stavu jako je pocení a bledost. Na monitoringu kontrolujeme fyziologické funkce, bezprostředně po operaci každých 15 min, později každých 30 min až po 1 hodině.

Časové rozmezí vždy stanoví anesteziolog. Na přístroji se nám dále zobrazuje hodnota saturace O₂, která by měla být vždy 98-100%. Pod 95% je hodnota považována za kritickou. Každá nemocnice má svou tabulku na hodnocení bolesti, kam se údaje pravidelně zaznamenávají. Při odeznívání anestezie nebývá výjimkou nauzea či zvracení (vomitus), proto je vždy u lůžka připravena emitní miska s buničinou. Pozor dáváme na aspiraci!

Při kontrole pacientky kontrolujeme vždy operační ránu, prosakování obvazů či hojení rány nebo stav stehů. Převazy rány se dělají podle ordinace lékaře. Vyndání stěhů je 7 -10 den po výkonu. Převazy na i.v vstupech se provádí dle standardu oddělení, kde je i předepsaný materiál. Výměna drénu se provádí dle potřeby a funkčnosti, většinou druhý pooperační den. Sestra pravidelně zaznamenává odvod a funkčnost drénu, popřípadě sekrece v okolí. U pooperačních lůžek je kladena vysoká zodpovědnost na sestru. Musí vše poctivě kontrolovat a zapisovat.

Pacientům, kterým je nutné podávat kyslík v kyslíkové masce nebo kyslíkových brýlích je nutné kyslík zvlhčovat, tak aby nevysychaly sliznice. Dbáme na dostatečný příjem tekutin, který můžeme kontrolovat zapisováním bilance, kontrolou kožního turgoru a celkového stavu pokožky. Příjem tekutin by měl být 1,5-2l tekutin za den. Doporučují se bylinkové čaje a neslazené vody. Při rekonvalescenti dbáme i na dostatečnou výživu, která je sestavována pro každého pacienta individuálně dle dietního systému (viz.tab.č.1, příloha. č.1). U diabetiků na víc kontrolujeme pravidelně hodnotu glykemie a před každým pokrmem aplikujeme ordinovanou dávku inzulinu.

Nevyskytují – li se komplikace je možné již druhý den vyndat močovou cévku, ale vždy po poradě s lékařem. Od té doby poučíme pacientku, že se musí sama spontánně vymočit do 4-6 hodin po odstranění cévky. Nedojde - li ke spontánnímu močení informujeme lékaře. Množství a druh stravy závisí na odchodu plynů a střevní peristaltice. Nedojde – li z nějakého důvodu do tří dnů k vyprázdnění, zavádíme rektální rourku (při meteorismu, který je častým problémem laparoskopicky řešených operací) nebo podáváme projímadla dle zvyklosti každého oddělení. Ke zlepšení střevní peristaltiky pomáhá i rehabilitace, která rozvolní střeva. S pacientkou provádíme dechová cvičení s fixací operační rány a časnou vertikalizaci. Doporučuje se druhý den.

4.3 Úkoly sestry před propuštěním pacientky do domácího léčení

V péči o pacienta po operaci je nutná trpělivost sestry a její schopnost vysvětlit pacientce ještě jednou jak bude její rekonvalescence probíhat. Sestra má roli edukátorky také v oblasti sexuální problematiky. Zaměří se na možné změny, které mohou po výkonu nastat. Vznik jizev, které se doporučují masírovat a mazat hojivými mastmi, které ordinuje lékař. Poučí pacientku o důležitosti intimní hygieny, kde by mělo převládat sprchování před koupelí. Po výkonu je doporučována po dobu 6 týdnů sexuální abstinence. Pacientka by se měla pomocí rehabilitace postupně zapojovat do běžného života, nezapomínat na teplé oblečení. V tomto období je tělo náchylné na prochladnutí. Nesmí se zapomínat na důležitost dodržování životosprávy a dostatečného psychického i fyzického odpočinku. Je zákaz zdvíhat těžká břemena.

Pokud nezmíní lékař, poučíme klientku o následné dispenzarizační prohlídce u obvodního gynekologa, sepsání pracovní neschopnosti a nároku na doplňující lázeňskou léčbu. Následně si ověříme, zda – li pacientka všemu rozuměla, popřípadě zodpovíme další otázky.

U rozhovoru se chováme empaticky a respektujeme úzkost a strach pacientky. Vyhradíme si dostatek času na zodpovězení otázek. Na pacientku nespícháme a mluvíme s rozvahou, do rozhovoru můžeme zapojit i rodinné příslušníky (manžel). U některých případů má spolupráce rodiny pozitivní charakter.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 CÍL VÝZKUMU

- *Hlavní cíl:*
- Zjistit, jaký je ošetrovatelský proces u klientky po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii.
- *Dílčí cíle:*
- Zmapovat celkový zdravotní stav pacientky/ klientky a popsat zvláštnosti ošetrovatelského procesu u klientky po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii.

5.1 Výzkumné otázky

- Jaký je ošetrovatelský proces u žen po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii?
- Jaké jsou zvláštnosti ošetrovatelského procesu u žen po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii?

5.2 Metodika

Pro svůj výzkum k bakalářské práci jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu, abych lépe přiblížila problematiku a ošetrovatelskou péči u žen po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. K získání informací jsem použila metodu rozhovoru s jednou pacientkou. Účelem práce není srovnávání, ale podrobný popis ošetrovatelského procesu v konkrétní nemocnici. Proto jsem zvolila pouze jednu pacientku. Klientka mi subjektivně nastínila svůj pohled na výkon a s ním spojenou hospitalizaci. Výzkum mi byl umožněn staniční a vrchní sestrou ve Strakonické nemocnici na gynekologickém oddělení. Sběr informací byl proveden v únoru 2013. Přípravné práce včetně nastudování teoretických otázek probíhaly od října 2012. Rozhovor s pacientkou probíhal bez problémů ve společenské místnosti gynekologického oddělení. Pacientka byla velice ochotná a spolupráce s ní mi byla příjemná. S ochotou pečlivě popsala celý proces ošetřování, díky kterému jsem mohla podrobně zpracovat kazuistiku podle ošetrovatelského modelu Majory Gordonové.

Model funkčního typu zdraví je i odborníky označován za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické teorie, proto i mě přišlo vhodné tento model využít ve své práci. Model slouží k celkovému zhodnocení klienta a jeho zdravotního stavu sestrou, pro kterou je vhodný zejména z hlediska systémového přístupu a kritického myšlení. Majory Gordonová do dnes působí jako koordinátorka a profesorka ošetrovatelství dospělých na Boston College. Její významnou funkcí byla pozice prezidentky profesní organizace sester NANDA. Intenzivně se věnuje výzkumu o plánování ošetrovatelské péče a tvorbě ošetrovatelských diagnóz. Model funkčního typu zdraví je zaměřen zejména na interakci osoba- prostředí, kde lze znázornit bio-psycho-sociální stav jedince, jehož zdravotní složky jsou ve vzájemné interakci. Porucha jedné složky znamená narušení rovnováhy. Po vyhodnocení tohoto modelu lze identifikovat funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví, což je určitý úsek chování daného jedince v určitém čase reprezentován subjektivní nebo objektivní podobou.

Struktura modelu spočívá ve vytvoření dvanácti funkčních vzorců zdraví, které mohou být jak funkční tak i dysfunkční. Funkční vzorec je ovlivněn biologickými, vývojovými, sociálními, kulturními i spirituálními faktory. Naopak dysfunkční typ zdraví může později vyvolat onemocnění. Úkolem sestry je včasné rozpoznání dysfunkčního vzorce, sestavení ošetrovatelské diagnózy a následně ošetrovatelského plánu. Prostřednictvím ošetrovatelského procesu dochází k uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka, proto systematické hodnocení a plánování je hlavním rysem moderního ošetrovatelství.

6 KAZUISTIKA

6.1 Identifikační údaje o nemocné

Jméno a příjmení: Š. V

Oslovení: Paní Š

Věk: 40let

Povolání, vzdělání: Vychovatelka na základní škole

Rodinný stav: vdaná

Trvalé bydliště: Písek

Národnost: česká

Kontaktní osoba: manžel

Oddělení, pokoj: Gynekologické oddělení

Plánované přijetí: Ano

Operační výkon: LAHV v celkové anestezii

Pooperační den: 1. Den

Hlavní diagnóza: D251- Intramurální leiomyom dělohy

Vedlejší diagnózy: 1. Esenciální hypertenze

Důvod přijetí: Pacientka byla přijata z důvodu operačního zákroku pro myomatózní dělohu a začínající známky zánětu na děložním hrdle. K operaci doporučeno gynekologem na základě dlouhodobé dispenzarizace.

Datum zahájení hospitalizace: 25. 2. 2013

Datum mého ošetřování: 27. 2. 2013

6.2 Lékařská anamnéza

Gynekologická anamnéza

Menarche od 14 - ti let, cyklus nepravidelný se středně silným krvácením. Po nasazení hormonální antikoncepce se cyklus upravil. Pacientka měla 2x spontánní porod bez komplikací a 1x samovolný potrat. HK- Novynette 1-0-0. V lednu 2013 onkologická cytologie: výsledek pacientka neví. Klientka pravidelně navštěvuje svého obvodního gynekologa, kde je dispenzarizována.

Prodělané operace: 0

Subjektivně: Pacientka neudává bolestivé potíže.

Osobní anamnéza

Esenciální hypertenze od r. 2008 – Concor 5mg ½ -0-0 (beta blokátor). Alergie pacientka neudává. HA: Novynette 1-0-0 (hormonální antikoncepce).

Operace: 0.

V dětství prodělala běžné dětské nemoci, neštovice, zarděnky. V 11 letech fraktura L. klíční kosti. 2006 imunologické vyšetření. Nekouří, alkohol příležitostně. Černá káva 1x denně.

Rodinná anamnéza

Matka CA děložního čípku, ale stále žije. Otec je zdrav.

Pracovní anamnéza

Pacientka je zaměstnaná jako vychovatelka na základní škole. Má vystudovanou střední pedagogickou školu. V práci je spokojená a realizuje se zde.

Sociální anamnéza

Klientka bydlí v rodinném domě na okraji města společně s manželem a dvěma syny. Se svými sousedy udržují přátelský kontakt a vychází společně bez problémů.

Farmakologická anamnéza

Concor 5mg ½ -0 -0 tbl. (beta blokátor).

HA: Novynette 1 -0 -0 tbl. (hormonální antikoncepce).

Alergická anamnéza 0

Nynější onemocnění

Odeslána prim. pro uterus myomatosus k LAHV. Pacientka je schopna celkové anestezie.

BWR + HbsAg: negativní

Fyzikální a onkologické preventivní vyšetření provedeno v rámci předoperačního vyšetření. Od doby provedení předoperačního vyšetření nenastaly žádné změny celkového zdravotního stavu a pacient nemá subjektivní obtíže. Pacientka byla seznámena s výkonem, podepsala souhlas a přichází k plánované operaci.

6.3 Lékařská diagnóza

D251- Intramurální leiomyom dělohy

Předoperační záznam

- Desinfekce operačního pole: braunol
- Op. Výkon: plánovaný
- Zaveden: drén, permanentní moč. Katétr, tamponáda
- Preparát odeslán na histologii.

Operační protokol

- Operační čas: 9:00 – 10:00 (26. 2. 2013)
- Výkon: LAHV v celkové anestezii
- Dutina břišní je po zavedení optiky bez výpotku, adnex oboustranně, děloha myomatózní . Oboustranná koagulace a odstřížení vejcovodů a ligg. rotunda. Dále se pokračuje vaginálně – sesunuta stěna poševní, podvázány a odstříženy vazy křížoděložní, proniknuto do exkavace rektovasikouterinní. Podvázány a odstříženy parametria. Po částech extirpována děloha s vejcovody. Do pánve zaveden T drén, vyveden pochvou. Pahýl poševní fixován pomocí vazů křížoděložních , pochva uzavřena stehy. Do pochvy zaveden katétr a 2 longety.

- Provedena revize dutiny břišní laparoskopem – pac. Nekrvácí. Vyjmuty nástroje, zrušeno kapnometrium a stěna břišní uzavřena v místě vpichů.
- Preparát: děloha+ vejcovody

6.4 Diagnostické metody

Gynekologické vyšetření (25. 2. 2013)

Spec: sliznice klidné, branka štěrbinovitá

Vag: uterus AVF, velikost grav. m. I ½ hrbolatý. Nebolestivý, volný, okolí volné čípek hladký, hrdlo uzavřené.

Hodnocení: Žádné známky zánětu, sliznice klidné myomatózní.

Vyšetření fyziologických funkcí (25. 2. 2013 – 27. 2. 2013)

Fyziologické funkce 25. 2. 2013	
TK	140/95mmHg
P	90/min
TT	36°C
D	22/min

Hodnocení: mírná hypertenze a tachypnoe, ostatní fyziologické hodnoty jsou v normě.

26. 2. 2013					
Hodina	10.15	10.45	11.15	11.45	12.45
TK (mmHGg)	130/80	135/90	140/90	140/80	135/80
P	70/min	70/min	75/min	76/min	80/min
TT	37°C	36,5°C	36°C	36,5°C	36,5°C
D	20'	18'	18'	20'	18'

Hodnocení: Po operaci hodnoty fyziologických funkcí kolísaly, ale ustálily se na fyziologické hodnotě. V ranních hodinách byla tělesná teplota subfebrilní, později fyziologická.

27. 2. 2013	
TK (mmHg)	130/80
P	76/min
TT	36,5°C
D	20/min

Hodnocení: První pooperační den jsou fyziologické hodnoty v normě. Pacientka má fyziologický tlak i pulz, tělesná teplota je beze změn.

Vyšetření BMI

Váha: 66kg

Výška: 160cm

BMI:26

Hodnocení: Pacientka spadá podle hodnocení BMI do oblasti mírné nadváhy.

6.5 Terapie

Terapie podávaná per os (27. 2. 2013)

Concor 5mg tbl ½-0-0 (beta blokátor)

Hipres 5mg tbl 1-0-0 (blokátor vápníkových kanálů)

Diazepam 5mg p.o (anxiolytikum)

Terapie podávání injekčně (27. 2. 2013)

Tralgit 100mg i.m při bolesti (analgetikum)

Dipidolor 15mg i.m v 14:00 (analgetika – anodyna)

Torecan 1amp i.v při zvracení (antiemetikum)

Clexane 0,4 s.c v 18:30 (antitrombotikum, antikoagulancium)

Novalgin 2,5 mg, 1amp i.m 1-1-1 (analgetikum, antipyretikum)

Infuzní terapie

Glukóza 500 kap 3 hodiny (11:30- 14:30),, 500 G kap 3 hodiny (14:30- 17:30),
(hypertonický krystaloidní roztok)

Plasmalyte 1000ml kap 4 hodiny (17:30- 21:30),(izotonický elektrolytový roztok)

Cefazolin 2g ve 100 ml F1/1 kap 20 min (antibiotikum)

Premedikace

Stilnox 1x tbl na noc (25. 2. 2013), (hypnotikum)

Atrropin 0,5 i.m (26. 2. 2013) (antagonista acetylcholinových muskarinových receptorů,
parasymptolytikum)

Dolsin 50mg i.m těsně před operací (26.2.2013), (analgetikum)

Ostatní terapie

26. 2. 2013 – v den operace- bandáže DK

- monitorace fyziologických funkcí po 30 min 1,5 hodiny a po 60 min 2 hodiny

- rehabilitace a nácvik pooperačního režimu, přidržování rány

Dietoterapie

25. 2. 2013 – do 12.00 – 3 – racionální, od 12:00 – O- tekutá

26. 2. 2013 – O/S – čajová

27. 2. 2013 - 4 – S s omezením tuků

Po propuštění – dieta č. 3 - racionální

Hodnocení: pacientka není se svou dietou v nemocnici spokojená. Pacientce jídlo nechutná, uvádí, že po nutridrinku se cítí příliš přeslazená a hlad zažehnán není. Říká, že by potřebovala něco méně sladkého, spíše slaného. O nutnosti dodržování diety byla pacientka poučena a dietu neporušuje.

7 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZE A POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB

Sbírané informace a ošetřovatelský proces jsou zpracované podle ošetřovatelského modelu **M. Gordon** a ošetřovatelské diagnózy jsou definovány podle taxonomie **NANDA INT II**.

Vyšetření sestrou (27. 2. 2013, 1. pooperační den)

Celkový vzhled, úprava: pacientka působí upraveným a čistým dojmem, nehty má nalakované bezbarvým lakem, vhodný účes.

Konstituce: přiměřená a rovnoměrná postava, měří 160 cm a váží 66kg s BMI 26.

Vědomí: pacientka je plně orientována v čase a prostoru.

Paměť a myšlení: neporušená, chápe podstatu myšlenek a otázek, používá a rozumí abstraktním výrazům a konkrétním pojmům.

Pozornost: soustředěná a při rozhovoru udržuje oční kontakt.

Fyziologické funkce: P- 76/min, pravidelný, TT- 36,5°C, D- 20/min, pravidelné, dýchací cesty volné, TK- 130/80.

Poloha: pacientka zaujímá aktivní polohu

Postoj: vzpřímený

Chůze: přirozená s přidržováním rány, pohyb v kloubech neomezen.

Kompenzační pomůcky: pacientka využívá při změně polohy na lůžku hrazdičku a má k dispozici polohovací lůžko.

Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové): pacientka plně uspokojuje své životní potřeby sama pod dozorem sestry.

Kůže: vlhká, bez známek sníženého kožního turgoru, bez defektů, oděrek a hematomů. DK bez otoků a známek varixů. Pacientka se mírně potí.

Sliznice: růžové bez známek vysychání.

Riziko dekubitů (dle Nortonové): nehrozí.

Stav operační rány: hojení probíhá per primam, poslední převaz 27. 2. 2013 ošetřujícím lékařem.

Periferní pulzace: hmatná.

Výraz tváře: fyziologický, bez nápadných změn.

Zorznice: reagují na světlo.

Dutina nosní: bez výtoků, dýchací cesty volně průchodné.

Dutina ústní: dásně bez známek infekce, jazyk bez povlaku.

Chrup: úplný, zdravý.

Zápach z úst: není.

Řeč: plynulá, srozumitelná a klidná.

Spolupráce s rodinou: ano (manžel jako kontaktní osoba).

7.1 Podpora zdraví, aktivity k udržení zdraví

Pacientka hodnotí svůj zdravotní stav jako částečně dobrý. Doma zastává běžné denní činnosti. Aktivně se sportu nevěnuje, jak říká: „Mám se až moc ráda“. Příležitostně plave, jezdí na kole a chodí na procházky. Nekouří a alkohol pije pouze příležitostně. Již druhý den po operaci se sama volně pohybuje po oddělení, chodí po chodbách a sama vykonává hygienu. Nezvedá těžká břemena ani podnosy s jídlem. Běžné věci zvládne sama bez dopomoci. Všechna lékařská a ošetrovatelská nařízení důsledně dodržuje. Přes den si čte knihu nebo odpočívá, je velice komunikativní a dobře naladěná. Často si povídá s ostatními pacientkami. Rodina ji denně navštěvuje, což přispívá k dobré psychické pohodě. Těší se domů, na svou rodinu. Na stupnici bolesti, kdy 0- žádná bolest, 1- mírná bolest, 2- střední bolest, 3- silná bolest, 4- nesnesitelná bolest, udává pacientka č. 1. U prudkého pohybu udává bolest v podbřišku, kterou přirovnává k silné menstruační bolesti a číslu 3. Silnější bolesti jsou pacientce tlumeny analgetiky.(viz příloha 5) Při příjmu pacientky nebyla její psychika vůbec v dobrém stavu, prožívala pocity silného strachu o svůj život. Z důvodu strachu z analgie pacientce klesl tlak krve přímo na operačním stole, který zapříčinil odklad

operace o jeden týden. Z tohoto důvodu lékaři ordinovali pacientce před operací i zklidňující léky.

Hodnocení: na pacientce jsem vypožadovala znatelný strach o své zdraví. Silnější bolesti byly tlumeny analgetiky. Přes veškeré potíže je pacientka pozitivně naladěná.

7.2 Výživa, metabolismus

Zdravotní stav paní Š nevyžadoval před výkonem žádnou lékařem předepsanou dietu. Alergie na potraviny nemá. Při běžném stravování se vyhýbá hodně přeslazeným a tučným jídlům ze strachu z nadměrné hmotnosti. Den po výkonu má pacientka dietu č.4/S. Po výkonu dostala pouze nutridrink k snídani, ke svačině banán a k večeři bujón. Druhý den byla přidána bramborová kaše. Pacientka se těší na maso nebo na párek s hořčicí. Uvádí, že po nutridrinku se cítí být přeslazená. Denní příjem tekutin odpovídá doporučenému množství. Klientka vypije 1,5 l hořkého čaje rovnoměrně v průběhu celého dne. Hodnota BMI je 26 při váze 66 kg a výšce 160 cm. Podle tohoto hodnocení spadá klienta do oblasti mírné nadváhy. Za posledních 6 měsíců se její váha výrazně nezměnila. Žádné poranění kůže ani sliznic pacientka nemá, hojení operační jizvy probíhá per primam.

Hodnocení: paní Š. udává pocit hladu, po výkonu se již cítí dobře a těší se domů na domácí stravu.

7.3 Vylučování

Vyprazdňování moči probíhá u klientky bez problémů a neudává žádné potíže. V minulosti prodělala několik urologických onemocnění. V dětství uvádí několik cystitis. Diuréza měřena nebyla, příměsi v moči pacientka neuvádí. Po výkonu je zachována peristaltika střev i odchod plynů. Stolice ještě nebyla, z důvodu sníženého příjmu potravy. Na toaletu si dojde sama bez pomoci. Paní Š. netrpí zácpou a je zvyklá se vyprazdňovat 1x za den, ráno. Neužívá žádná projímadla ani jiné přípravky. Nauzeou po operaci pacientka netrpěla. Pocení je přiměřené.

Hodnocení: pacientka má pouze obavy, že se dosud nebyla na stolicí, jinak neudává jiné potíže.

7.4 Aktivita

Klientka se doma běžně sportu nevěnuje. V nemocnici tráví volné chvíle čtením knih, procházkou po chodbě a rozhovorem s ostatními pacientkami. Při prudkém pohybu pociťuje ostrou bolest v podbřišku. S rehabilitační sestrou provádí dechová cvičení a nácvik přidržování rány. V Barthelově testu získala klientka 90 bodů, což ji přisuzuje lehkou závislost. Test je v příloze č:6

Hodnocení: Dle mého názoru si pacientka uvědomuje nutnost aktivity po výkonu a snaží se postupnou rehabilitací nacvičit běžné denní činnosti.

7.5 Spánek, odpočinek

Pacientka se v nemocnici moc dobře nevyspí, po výkonu byl budíček kolem 5 hodny ranní a na pooperačním pokoji byl neustálý ruch. Pacientka má mělké spaní a běžný chod na oddělení jí ruší a neustále se budí. Pacientka udává, že po obědě usnula přibližně na jednu hodinu. Pooperační pokoj sousedí s pracovní sester a pacientka vše slyší. Těší se domů do svého vlastního lůžka. Přes den se snaží chodit a ani fyzická aktivita jí nepomáhá usnout. Hypnotika ani jiné látky k navození spánku neužívá. I přes nedostatek spánku pacientka působí odpočatým dojmem a plna elánu a síly.

Hodnocení: pacientka přes to, že udává ruch na oddělení, díky kterému má neklidné spaní, přesto působí milým dojmem. Chápe nutnost chodu oddělení i v nočních hodinách a snaží se být tolerantní.

7.6 Vnímání, poznávání

Pacientka nemá žádné problémy se sluchem ani se zrakem, brýle nenosí. Poruchy vnímání jsem při rozhovoru s klientkou žádné nepozorovala. Podle jejích slov problémy s pamětí nemá. Všechny vůně a zápachy klientka intenzivně vnímá. Při špatném pohybu udává bolest v podbřišku, která je tlumena analgetiky. Na stupnici bolesti ji hodnotí číslem 3.

Hodnocení: pacientka je orientována časem i prostorem, vnímá dobře, na otázky odpovídá pohotově. Nyní netrpí žádnou bolestí. Poznává ráda nové lidi i ošetřující personál, se kterým dobře vychází.

7.7 Seběpojetí, sebeúcta

Pacientka sama sebe hodnotí spíše jako sangvinika a jako dominantní typ. Pracuje v pozici, kde je autoritou pro své žáky. Svého postavení nezneužívá a snaží se ho dle svých slov vykonávat zodpovědně. Ve své práci se realizuje a je spokojená. Je zvyklá na výchovu dětí, kterým je přirozenou pedagogickou autoritou. Doma řídí společně s manželem domácnost a stará se o dva dospívající syny. Po propuštění z nemocnice plánuje, že nastoupí na stejné místo v zaměstnání. Nemyslí si, že by ji výkon jakkoli omezoval v práci ani v osobním životě. Na pacientce je znát veliká starost o svou osobu, proto s nástupem do zaměstnání nebude pospíchat. Uvažuje o následné lázeňské léčbě.

Hodnocení: pacientka působí příjemným vyrovnaným dojmem, je plna optimismu a dobré nálady.

7.8 Role, mezilidské vztahy

Pacientka se doma stará o dva dospívající syny společně se svým manželem. Žijí společně v rodinném domku na okraji města Písek. Je komunikativní a má ráda společnost lidí. Navazuje kontakt bez obtíží a je velice milá. Na okolí působí přirozeným dojmem. Podle svých slov je společenská a spolehlivá. Svou schopnost komunikace využije zejména ve své práci vychovatelky a doma jako matka dvou synů. Její veliký zájem je kultura, pravidelně chodí s manželem nebo kamarádkami do divadla nebo na koncerty. Doma se ráda dívá s rodinou na televizi a zabývá se ručními pracemi. Po výkonu si nemyslí, že by se její životní role nějak změnila. Je ráda, že se jí uleví od bolestí a problémů. Změny neplánuje ani v partnerském vztahu.

Hodnocení: s paní Š. se mi velice dobře spolupracovalo, nevyskytl se tu žádný problém, co se týká komunikace. Na všechny otázky a dotazy velice ráda a ochotně odpovídala. Sama žádala o dodatečné rady. Na otázku jestli se po výkonu cítí být méně ženou, odpověděla nechápavě, proč se na tohle ptám, že v žádném případě. Zdůraznila, že hlavní je zdraví! Má doma láskyplného manžela, který při ní stojí za každé situace.

7.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Klientka je už 20 let vdaná a uvádí velikou spokojenost v partnerském vztahu. Po stránce sexuální je prý u nich vše v pořádku a nic neplánují měnit. Během hospitalizace

se pacientka několikrát ptala, jak jí výkon může v tomto směru ovlivnit. Společně s manželem mají dva syny a do budoucna už dalšího potomka neplánovali. Pacientka si je vědoma, že je hysterektomie veliký zásah do jejího těla a může jí způsobovat i psychické potíže. Zatím ji nenapadla myšlenka, že by se jako žena měla po výkonu cítit méněcenná či méně atraktivní. Klientka je pohledná dáma a doufá, že po sexuální stránce se nevyskytnou žádné potíže. První menstruaci měla ve 14-ti letech. Vždy byla nepravidelná a nebolestivá. Před plánovaným výkonem lékař ordinoval hormonální antikoncepci z důvodu upravení cyklu.

Hodnocení: z rozhovoru lze cítit, že pacientka má opravdu milující rodinu, na kterou se může spolehnout za každé situace. Říká, že s manželem vše probrali a nemyslí si, že by mohli nastat nějaká změny ve vztahu. Ošetřujícím lékařem byla poučena o 6-ti týdenní sexuální abstinenci. Pacientka má podle mého názoru zdravé sebevědomí, díky kterému se neobává pocitu méněcennosti po výkonu.

7.10 Stres, zátěžové situace

Pacientka působí asertivním a vyrovnaným dojmem. Před hospitalizací udává veliký strach z výkonu. Sama o sobě říká, že se má velice ráda a o své zdraví se snaží pečovat. Úzkost z výkonu způsobil náhlý pokles krevního tlaku přímo na operačním sále, což zapříčinilo odklad výkonu o 1 týden. S týdenním zpožděním, pod tlumícími léky pacientka vše zvládla bez komplikací. K lékařům má velkou důvěru a plně s nimi spolupracuje. Lékař znovu edukoval klientku o výkonu a zbytečných obavách. Některé lékaře a sestry už zná, což jí usnadňuje orientaci v novém prostředí. V minulosti neměla negativní zkušenost se zdravotnickým personálem, a proto nemá vytvořenou bariéru ve vztahu k nim. Kontakt a komunikaci s nimi vítá. Po výkonu se pacientka cítí uvolněná bez známek stresové situace.

Hodnocení: paní Š. působila při rozhovoru klidným důvěřivým dojmem. Při oslovení ihned spolupracovala a na otázky zodpovědně odpovídala. Pacientka nastínila svůj strach, který měla před výkonem. Nyní udává úlevu, že vše dobře dopadlo. Těší se na znovunavrácení do běžného života před operací.

7.11 Víra, přesvědčení, hodnoty

Paní Š. nepatří mezi věřící lidi, kteří chodí pravidelně do kostela, říká, že ale nic není nemožné a věří v osud. Co se má stát, stane se. Myslí si, že nějaká energie ve vesmíru je. Za nejdůležitější považuje svou rodinu, manžela a své dva syny. Důležité je pro ni zdraví, po té až ostatní hodnoty, jako jsou práce, peníze, záliby a cestování. Paní Š. pronesla nádhernou větu: „Moji rodiče nemají sice moc peněz, ale za to jsou ti nejšťastnější lidé co znám.“

Hodnocení: pacientka na otázku ohledně víry odpovídala velice ochotně a zajímavě o tom diskutovala, byla otevřená a upřímná.

7.12 Bezpečnost, ochrana

Alergické reakce na léky ani jiné přípravky klientka neuvádí. Rizikem infekce je ohrožena operační rána. Z důvodu předchozí anamnézy je také nebezpečí vzniku infekce močových cest. Závrat' klientka neudává. Riziko pádu je z důvodu omezeného pohybu po operačním výkonu. Test v příloze č:

Hodnocení: pacientka není ohrožena alergickou reakcí, věnujeme pozornost prevenci vzniku infekce v operační ráně a infekce močových cest. Riziko pádu si pacientka uvědomuje.

8 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetřovatelské diagnózy jsem srovnala podle priorit pacientky.

Akutní diagnózy ze dne 27. 2. 2013 (1. pooperační den)

1. Akutní bolest (00132)
2. Deficit sebepéče při koupání (00108)
3. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
4. Bezmocnost (00125)

5. Narušený vzorec spánku (00096)

6. Únava (00093)

7. Narušená integrita kůže (00046)

8. Zhoršený komfort (00214)

Potencionální diagnózy ze dne 27. 2. 2013 (1. pooperační den)

9. Riziko infekce (00004)

10. Riziko krvácení (00206)

11. Riziko pádů (00155)

12. Riziko zácpy (00015)

13. Riziko situačně snížené sebeúcty (00153)

8.1 Cíl, plán, realizace a hodnocení

1. Akutní bolest (00132)

Akutní bolest je uváděna v souvislosti s operačním výkonem, což se na pacientce projevuje sníženou aktivitou a změnou mimiky.

Cíl: bolest pacientky bude alespoň do půl hodiny zmírněna.

- Pacientka umí hodnotit svou bolest na stupnici bolesti.
- Nemocná ví, co bolest způsobuje.
- Pacientka umí zaujmout úlevovou polohu a ví jak přidržovat ránu při pohybu.

Plán: pravidelná monitorace bolesti.

- Pacientka sama zaznamenává stupeň bolesti.
- Podávány léky dle ordinace lékaře.

- Pacientce je vysvětlena úlevová poloha.
- Zaškolení pacientky v technice fixace rány při pohybu.

Realizace: Pacientce je pravidelně sledována škála bolesti, kterou si sama zaznamenává. Léky jsou jí podávány dle ordinace lékaře a stupně bolesti. Paní Š zná možnosti úlevové polohy a ví, jak ji zaujmout v případě potřeby. Se sestrou nacvičuje fixaci rány při pohybu z lůžka.

Hodnocení: Pacientka udává zmírnění bolesti půl hodinu od akutní fáze. Zná a umí techniku fixace přidržené rány. Pacientce byly podány léky dle ordinace lékaře. Pacientka ví, že bolest je přirozenou odezvou na operační zákrok.

2. Deficit sebedpěče při koupání (00108)

Nedostatečná sebedpěče je v oblasti hygieny a koupele. Pacientka je omezována pooperačním stavem, kdy nedokáže hygienu sama provést a potřebuje asistenci sestry.

Cíl: pacientka zvládá hygienu samostatně

- Pacientka chápe nutnost provedení hygienické péče sestrou.

Plán: komunikace s pacientkou

- Respektovat intimitu pacientky.
- Vysvětlit pacientce nutnost asistence sestry při provádění hygieny.

Realizace: respektuj intimitu

- Komunikuj s pacientkou o jejích pocitech.
- Vysvětlí nutnost asistence sestry.

Hodnocení: pacientka chápe nutnost asistence sestry při první hygieně po výkonu. Pacientka pociťuje příjemný pocit po provedené hygieně.

3. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Zhoršená tělesná pohyblivost, je stav po operaci, který se projevuje změnou chůze, zpomalením pohybů a omezeným rozsahem pohybu. Potíže jsou také při otáčení a vstávání z lůžka.

Cíl: Pacientka se ráno po výkonu se sama dokáže posadit na lůžku

- Pacientka se během dne dokáže postavit a udělat pár kroku s dopomocí.
- Paní Š se do druhého dne dokáže sama volně pohybovat na oddělení bez dopomoci.

Plán: Aktivizace pacientky.

- Zajistit časně vstávání z lůžka.
- Naučit pacientku samostatnému pohybu po oddělení s fixací rány.
- Zajistit dozor nebo dopomoc při hygieně.

Realizace: Ráno po výkonu aktivizujeme pacientku. S dopomocí a fixací rány zkoušíme sed, dle možností pacientky i chůzi kolem lůžka. Snažíme se o včasné vstávání z lůžka a o samostatnost pacientky. Při hygieně je poskytnuta dopomoc a neustálý dozor.

Hodnocení: Pacientka bez problémů zvládá včasné vstávání z lůžka. Chodí sama bez dopomoci po oddělení. Při vstávání z lůžka si sama přidržuje ránu. První hygienu prováděla sestra a další už zvládá paní Š. sama.

4. Bezmocnost (00125)

Na pacientce se projevuje bezmocnost, která je zapříčiněna provedenou hygienou sestry. Pacientka se stydí a špatně snáší pocit, že nemůže hygienu provádět sama.

Cíl: Pacientka se cítí lépe bez ostychu.

- Pacientka chápe nutnost provedení hygieny s dopomocí.
- Pacientka sama zvládne druhý den po operaci provádět hygienu sama.

Plán: vysvětlit pacientce nutnost dohledu a pomoci při první hygieně po výkonu.

- Vysvětlit pacientce jak provádět hygienu sama.
- Ubezpečit pacientku, že jí rozumíte a chápete ji, že to je pro ni nepříjemné.
- Při hygieně respektovat stud pacientky a snažit se o získání důvěry.
- Zbytečně pacientku neodkrývat pokud není zcela nutné.

Realizace: Pacientce vysvětlíme, proč je nutná asistence sestry při hygieně, po té sestra zaučí pacientku, jak bude provádět hygienu sama. Sestra se snaží rozhovorem pacientku ubezpečit, že ji chápe, že vzniklá situace je jí nepříjemná, ale že jí může důvěřovat. Hygiena by neměla trvat příliš dlouho, ale být důkladná. Odkrýváme pouze místa, která jsou nutná a ihned zase zakrýváme osuškou.

Hodnocení: Pacientka byla seznámena s nutností asistence sestry u hygieny, kterou pochopila, přes svůj stud vše zvládla a sestře je za pomoc vděčná. Sestra si získala pacientčinu důvěru a nechala si pomoci. Nyní je ráda, že hygienu zvládne sama bez dopomoci.

5. Narušený vzorec spánku (00096)

Narušený spánek je způsobený rušným chodem oddělení i v nočních hodinách, pacientka se neustále v průběhu noci probouzí.

Cíl: Pacientka spí v noci alespoň 5 hodin bez probuzení.

- Eliminovat četnost probuzení během noci.

Plán: zajistíme přísun čerstvého vzduchu v pokoji

- Snaha o eliminace hluku na oddělení během noci.
- Podávat léky dle ordinace lékaře.
- Dle možností zajistit přesun pacientky na jiný pokoj.

Realizace: V pokoji paní Š je důkladně vyvětráno před spaním, jsou jí podávány léky dle ordinace lékaře. Hluk na oddělení je dle možností eliminován.

Hodnocení: Pacientka neudává zlepšení spánku během noci. Z důvodu pooperačního stavu nebyla možnost převezení pacientky na jiný pokoj, z hlediska pravidelné monitorace fyziologických funkcí.

6. Únava (00093)

Pacientka je po náročném výkonu vyčerpaná, únava se projevuje občasným pospáváním přes den.

Cíl: pacientka se cítí dostatečně odpočínutá.

- Pacientce je zajištěn klid na odpočinek.

Plán: zajistit pacientce klid na pokoji.

- Přívod dostatečného množství čerstvého vzduchu.
- Pokusit se výkony provádět, když pacientka nespí.

Realizace: zajistíme pacientce klid na pokoji, zavřeme dveře a poprosíme spolupacientky o snížení hluku. Dbáme na dostatečné množství čerstvého vzduchu v místnosti. Pokud pacientka spí, nebude ji rušit výkony a počkáme, až se probudí. Podle potřeby podáváme léky dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Pacientka neudává, že by se cítila více odpočínutá. Těší se domů do vlastní postele a na absolutní klid. Přes noc spala, ale často se budila. Přes den vypadá odpočínutá a plna elánu, ale říká, že je velice unavená.

7. Narušená integrita kůže (00046)

Kvůli operačnímu vstupu byla poručena celistvosti kůže a hrozí nebezpečí vstupu infekce. V důsledku podávání infuzní terapie je pacientce zavedena i i.v kanyla.

Cíl: hojení operační rány probíhá per primam.

- Zamezení vzniku komplikací, jako je vzniknutí infekce nebo vznik krvácení.

Plán: pravidelný aseptický převaz rány.

- Důkladná hygiena genitálu a operační rány.
- Kontrola rány lékařem.
- Kontrola a spolupráce pacientky při převazu rány.

Realizace: pacientce je dle zvyklostí oddělení a dle potřeby dělán aseptický převaz operační rány a pravidelná kontrola lékařem. Jsou sledovány veškeré případné nežádoucí komplikace. Díky časté hygieně je eliminován přístup možné infekce.

Hodnocení: Operační rána paní Š se hojí per primam, bez známek infekce a vzniku krvácení. Pacientka plně spolupracuje při převazu a kontrole rány. Sama pravidelně provádí důkladnou hygienu genitálu.

8. Zhoršený komfort (00214)

Snížený komfort je z důvodu nepřiměřené teploty na pokoji, který se projevuje častým větráním pacientky.

Cíl: pacientka se cítí na pokoji příjemně a pohodlně.

Plán: zajistit na pokoji přiměřenou teplotu.

- Regulací topení.
- Dostatečné větrání.
- Podle potřeby zvlhčování vzduchu.

Realizace: Sestra pravidelně kontrolovala funkčnost topení a dle potřeby větrala pokoj. Podle potřeby zde bylo použito i zvlhčení vzduchu.

Hodnocení: Pacientka je nyní spokojená s teplotou na pokoji a nyní se cítí pohodlněji. Teplota je nižší a vzduch je vlhčen.

9. Riziko infekce (00004)

Čerstvá operační rána a zavedená i.v kanyla jsou hlavními riziky vstupu infekce do organismu.

Cíl: zamezit vzniku infekce .

- Zajistit hojení rány per primam.

Plán: zajistit důkladnou hygienu pacientky

- Provádět pravidelné převazy operační rány.
- Zajistit pravidelné kontroly lékařem.
- Zajistit aktivizaci pacientky při převazu rány.
- Snažit se o hojení rány per primam

Realizace: Po výkonu je nutná častá hygiena operační rány a genitálu. Pravidelně dle ordinace a dle potřeby se provádí aseptický převaz rány. Pacientka je poučena o způsobu provádění hygieny a způsobu převazování rány.

Hodnocení: Rána paní Š se hojí per primam bez známek infekce a zarudnutí. Zná techniku a nutnost hygieny a aktivně se zapojuje do převazu rány.

10. Riziko krvácení (00206)

Riziko krvácení je způsobené z důvodu provedeného operačního výkonu.

Cíl: Zamezit vzniku krvácení.

- Hojení rány per primam.

Plán: pravidelná kontrola operační rány lékařem i sestrou.

- Převaz dle potřeby a ordinace lékaře.
- Naučit pacientku fixaci rány při pohybu.
- Šetrné a aseptické převazy.

Realizace: Provádíme pravidelné aseptické a šetrné převazy dle ordinace lékaře. Kontrolujeme stav rány. Sestra pacientku učí pooperační fixaci rány při pohybu a šetrné zacházení s ránou.

Hodnocení: Rána paní Š už nekrvácí, je pravidelně převazována a pacientka dodržuje hygienu a přidržování rány při pohybu.

11. Riziko pádu (00155)

Z důvodu provedeného velkého výkonu, kde je snižená pohyblivost agentky po výkonu, hrozí riziko pádu.

Cíl → krátkodobý- pacientky chování přispívá k prevenci pádu.

→ **Dlouhodobý-** pacientka umí dobře používat kompenzační pomůcky.

- U pacientky nedošlo k žádnému pádu.

Plán: naučit pacientku manipulaci s kompenzačními pomůckami.

- Vysvětlit pacientce způsob chování, který napomůže k prevenci pádu.
- Zajistit pacientce bezpečné prostředí.

Realizace: zajisti bezpečnost prostředí.

- Předved' pacientce vhodnou manipulaci s kompenzačními pomůckami.
- Všímej si správnosti užívání kompenzačních pomůcek.
- Informuj pacientku o všech bezpečnostních opatřeních.
- Zajisti bezpečnost pacientky při léčebných a ošetrovatelských výkonech.

Hodnocení: za dobu mého ošetřování nedošlo k pádu, pacientka dodržuje všechny bezpečnostní doporučení.

12. Riziko zácpy (00015)

Pacientka z důvodu nízkého množství stravy, které se projevuje stálou absencí stolice, může trpět dočasnou zácpou.

Cíl: zamezení vzniku zácpy.

- Pacientka byla na stoličce.

Plán: zajištění dostatečného příjmu tekutin.

- Podávání léku dle ordinace lékaře.
- Aktivizace pacientky.
- Podání Laktulózy nebo jiného projímadla dle ordinace lékaře.

Realizace: zajistíme, aby měla pacientka dostatek pohybu a dodržovala pitný režim. V případě, že stolice stále není, podávají se léky dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Paní Š na stoličce stále nebyla, žádné léky jí zatím podané nebyly. Pitný režim dodržuje.

9 PROGNOZA ZE DNE 27. 2. 2013

Pacientka jen den po operaci a netrpí velikými bolestmi. Těší se na propuštění domů, a že se jí po rekonvalescenci uleví od potíží. Z paní Š opadla obava z vytvoření karcinomu děložního hrdla, ke kterému má genetické dispozice od matky. Po propuštění do domácího ošetření je připravena dodržovat všechna léčebná opatření. Do budoucna nevidí žádná významná omezení, která by jí změnila výrazně způsob života. Po propuštění plánuje doplňující lázeňskou léčbu.

10 NÁVRH EDUKAČNÍHO PLÁNU

Na základě vypracované kazuistiky jsem sestavila návrh edukačního plánu u klientek po hysterektomii. Edukace je velice důležitá, proto bychom ji neměli opomíjet.

Edukace je komunikační proces, během kterého se snažíme pacienta poučit, zmírnit jeho strach a obavy prostřednictvím rozhovoru. Díky edukaci dochází ke zlepšení spolupráce pacienta se zdravotnickým týmem. U mé pacientky je vidět znatelná podpora rodiny, což přispívá k dobré psychice pacientky. Přesto nesmíme zapomínat na vhodné poučení o předoperační péči, průběhu operace a péči po výkonu.

Předoperační období

pacientce byla zdůrazněna nutnost pooperačního pobytu na intenzivní péči nebo pooperačním pokoji. Klientka obdržela písemné souhlasy s výkonem a hospitalizací, se kterými souhlasila a všemu porozuměla. Případné dotazy jí byly zodpovězeny sestrou nebo příslušným lékařem. Edukace obsahovala poučení klientky před výkonem. Den před operací nesměla jíst příliš těžká jídla a od půlnoci lačnit, nejíst, nepít, nekouřit ani nečvát. V den operace byla klientka poučena o provedení důkladné hygieny genitálu a vyholení. Zároveň byla klientka upozorněna na nutnost sundání šperků, přívěšků, hodinek a případně zubních protéz. Nehty měly být odlakované stejně jako odlíčená tvář. Sestra den před operací s pacientkou provedla nácvik pooperačního režimu, při kterém se klientka naučila přidržovat ránu při pohybu z lůžka či jiném pohybu a několikrát si to sama vyzkoušela. Lékař vysvětlil pacientce omezení, která bude muset po výkonu dodržovat, zejména o 6- ti týdenní sexuální abstinenci po výkonu a zdvyhání těžkých břemen. Klientce bylo vysvětleno proč a z jakého důvodu. Po poučení byl zanechán prostor pro případné dotazy pacientky.

Pooperační období

Do pooperačního období spadalo poučení klientky a nutnosti dodržování intimní hygieny a kontroly operační rány (krvácení z rány, zarudnutí okolí, vytékající sekret nebo bolestivost). Klientka byla seznámena s tím, že první hygienu po výkonu provede sestra, která jí se vším pomůže. Sestra se ujistila, že pacientka chápe a ovládá fixaci rány.

Klientka byla upozorněna na včasnou návštěvu obvodního gynekologa, se kterým se domluví na dalším postupu v období rekonvalescence.

Během vzájemného rozhovoru jsem se snažila zařadit i edukační informace o zdravé životosprávě. Zjistila jsem její znalosti, které jsem doplnila nebo opravila.

Ve výhledu pěti měsíců by pacientka ráda snížila svou tělesnou hmotnost přibližně o 5 kilogramů. Z hlediska zdravotního je to rozumný přístup ke snižování váhy. Společně jsme se pokusily vytvořit jídelníček podle všech zásad zdravé výživy. Pacientka věděla, že je nutné v potravě přijímat všechny základní živiny, což jsou sacharidy, lipidy, bílkoviny a další látky, především vitamíny, minerální látky a vodu. Zdůraznila jsem jí, že zvláště v době rekonvalescence by neměla žádnou z těchto složek potravy vynechávat. Aby mohl lidský organismus naplno fungovat, potřebuje přibližně 12 500kJ za den. Denní příjem bílkovin by měl být 15%, sacharidů 50-60% a tuků 20-40% z celkového denního příjmu potravy. Pacientka si začíná uvědomovat, že i špatná výživa může způsobit řadu komplikací a zdravotních problémů. Konzultovali jsme i vhodný výběr potravin, pravidelnost a přijímané množství.

11 DISKUSE

V diskusi se pokusím zodpovědět na výzkumné otázky, které jsme si zadala v úvodu empirické části.

Hysterektomie, stejně jako jiné operace, je zásah do života žen, který zcela mění osobní hodnoty a životní priority. Myšlenky na běžné denní činnosti vystřídaly obavy o svůj život a jeho kvalitu. Osud člověka neleží v jeho vlastních rukou, nýbrž v rukách zdravotnického personálu. Musí se potýkat s pocity strachu, studu a bolesti. Ošetrovatelským tým musí pracovat s fakty, že je na nich pacient zcela závislý, proto by měli všichni zdravotničtí pracovníci dodržovat zásady profesionálního, ale zároveň lidského přístupu. Z hlediska ošetrovatelského procesu se mělo na pacienta nahlížet jako na celistvou bytost s bio - psycho - sociálními potřebami a tento holistický přístup uplatňovat v každodenní praxi.

Moje další výzkumná otázka se týkala vlivu hysterektomie na psychiku ženy. Ve většině případů dochází ke změnám psychiky. Pacientky prožívají pocity sníženého sebevědomí či méněcennosti. Uvědomují si svou neschopnost родit děti, což zapříčiní pocit nedostatečného plnění role ženy. Tento jev je výraznější u žen. Které ještě neměly děti. Žena, která už děti má, svou životní roli splnila a zákrok zvládá bez větší psychické zátěže. Toto je případ mé pacientky, která je silnou a vrovnanou osobností s dobrým rodinným zázemím a chápajícím manželem. Pacientka je ve věku 40 – ti let a má dva syny, další potomky už neplánovala. Splněním ženské role matky se v jejím prožívání objevil pouze strach o své zdraví a svůj život.

Hysterektomie má kolem sebe řadu mýtů, že ničí intimní život a sebevědomí ženy. Je to však omyl. Hysterektomie je operace zachraňující život i zdraví. Ženy často slýchávají milné informace, že po odstranění dělohy se z nich stanou trosky. Tento zákrok není příjemný, ale v mnoha případech výkon zcela nezbytný. Ženy se po výkonu mohou vrátit k životu, jaký vedly před ním. To platí zejména u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie, u které jsou prokázány nejméně vyskytující se komplikace a z hlediska minimálního zásahu v těle ženy i brzká pooperační rekonvalescence. V případě odnětí dělohy i s vaječníky dochází i k hormonální nerovnováze, která se dá řešit substituční hormonální terapií.

Nejčastějším důvodem k této operaci bývá vytvoření myomu v děloze. Myomy jsou sice nezhoubné svalové uzlíky, ale svým růstem na stěnách i povrchu dělohy můžou působit někdy i závažné komplikace. Roste – li myom tak, že tlačí na močový měchýř, objevují se problémy s močením. V některých případech se stane, že myom tlačí do zadu na střevo, kdy vyvolává prudké bolesti v zádech a potíže při stolici. Jak a proč myomy vznikají, se neví, ale problémy s nimi má u nás skoro každá 5. žena.¹⁷

Odpovědi na otázku spokojenosti s ošetrovatelským procesem jsem získala prostřednictvím rozhovoru s pacientkou. Pacientka se otevřeně vyjádřila ke všem mým otázkám. Z hlediska provádění výkonů byla naprosto spokojená, kladně hodnotila zručnost sester a profesionální provedení všech úkonů, jako bezchybný odběr krve bez modřin. Ocenila i komunikativní schopnost zdravotních sester, které se snažily být milé a být jí v každé situaci nápomocné. Při edukaci zapojily i manžela pacientky, který ocenil, že se může aktivně zúčastnit procesu rekonvalescence. Péči o svou osobu pacientka hodnotí kladně.

12 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala otázkou, jaký je ošetrovatelský proces u žen po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii.

V teoretické části jsem se zaměřila na anatomii a fyziologii reprodukčních orgánů ženy, popsáním hysterektomie a jejích operačních postupů. Nastínila jsem předoperační a pooperační péči, kterou pacientky podstupují. Ke zpracování teoretické části jsem použila dostupnou odbornou literaturu.

V praktické části jsem se věnovala podrobnému popisu ošetrovatelského procesu u jedné pacientky, prostřednictvím kvalitativního výzkumu a vypracováním ošetrovatelské kazuistiky. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký je ošetrovatelský proces u žen po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. K získání informací jsem použila metodu rozhovoru s pacientkou. Při jejím vypracování jsem zjistila, že

¹⁷ MÁRA, Michal a Zdeněk HOLUB. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1854-5.

ošetřovatelská péče byla provedena podle všech kritérií a podmínek. Do své práce jsem zahrnula i návrh edukačního plánu, který popisuje vhodnou edukaci pacientky po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Při vypracování kazuistiky jsem zjistila dosavadní stav poznání pacientky, kterou jsem doplnila o edukaci o zdravé životosprávě.

V dnešní době můžeme pozorovat, že se hysterektomie stala nejběžnější velkou gynekologickou operací nejen u nás, ale i ve světě. Průběh léčby a vznik komplikací je ovlivňován především kvalitou poskytované ošetřovatelské péče. U mé pacientky probíhal ošetřovatelský proces podle stanovených předpisů a v souladu s lidskými a morálními zásadami. Zde mě potěšil profesionální přístup sester, které postupovaly holistickým přístupem a nahlížely na pacientku jako na bio – psycho – sociální bytost. Není pochyb, že je hysterektomie nejen veliký zásah do těla ženy, ale i do její psychiky. Není proto výjimkou, že se setkáváme s tzv: posthysterektomickým syndromem, který se ovšem u mé pacientky nevyskytl. V tomto ohledu oceňují snahu sester, právě tomuto syndromu předcházet, tím že podávají pacientkám vhodné informace a věnují jím dostatek času. Z důvodu vhodné edukace sester a vyrovnané osobnosti pacientky, tak u ní nedošlo k výrazným psychickým změnám. Podle mého názoru by měl být na edukaci kladen dostatečně velký důraz.

Po zpracování této práce, bych chtěla poukázat také na to, že správná péče sestry nespočívá pouze v dobře aplikované injekci nebo bezchybně plněné ordinaci lékaře, ale správná péče znamená nahlížení na pacientku jako na bytost i s psychickou stránkou.

V závěru bych chtěla říci, že mě výzkum na toto téma velice obohatil o zajímavé informace a doufám, že má práce poslouží nejen dalším studentům, ale i zdravotním sestrám, jako návod na edukaci klientek před hysterektomií.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. FAIT, T a T KOLEŠKA. *Hysterectomie- odstranění dělohy: Průvodce pacientky*. Triton, 2007.(28 s). ISBN 978- 80- 7254- 983- 2.
2. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-x.
3. JENÍČEK, Jaroslav. *Hormonální substituční terapie a klimakterium: průvodce pro lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-0133-2.
4. KOBILKOVÁ, Jitka, Jan BOCHMAN a Jaroslav ŽIVNÝ. *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1. vydání. Praha: Grada, 2000. 136- 138 s. ISBN 80-7169-494-0.
5. KUŽEL, David. *Gynekologická endoskopie*. 1. vydání. Praha: Galén, 1996. ISBN 80-85824-40- x.
6. MACKŮ, František. *Gynekologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-294-x.
7. MÁRA, Michal a Zdeněk HOLUB. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1854-5.
8. Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2009- 2011. 1. české vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.
9. POVÝŠIL, Ctibor. *Speciální patologie*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1442-7.
10. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978- 80- 247- 2832- 2.
11. SLEZÁKOVÁ, Lenka. A KOLEKTIV. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání, Praha 2011. Praha: Grada Publishing,a.s, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9

Internetové zdroje

1. ĽUBUŠKÝ,M, Š Machač a D Ľubušký. *Vývoj v indikačním spektru a způsobu provedení hysterektomie*.Gynekologicko porodnická klinika FN Olomouc [online] .2003. [cit.2013-02-10). Dostupné na: <http://www.lubusky.com/postery/2003-vyvoj-v-indikacnim-spe.pdf>
2. Laparoskopická hysterektomie: laparoskopická hysterektomie. In: *Wikiskripta: projekt sítě lékařských fakult MEFANET* [online]. [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Laparoskopick%C3%A1_hysterektomie

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALT	alaninaminotransferáza
Amp	ampule
APTT	tromboplastinový čas
AST	Asparátaminotransferáza
BMI	Body Mass Index
BWR	Bordetova-Wassermannova reakce
CRP	C - reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
Dg.	diagnóza
Dr.	doktor
EKG	elektrokardiograf
FSH	folikuly stimulující hormon
g	gram
HbsAg	Hepatitis B surface Antigen (australský antigen)
HDL	vysokodenzitní lipoprotein
HK	hormonální antikoncepce
ICHS	ischemická choroba srdeční
i.m	intramuskulární podání
INR	protrombinový čas
kap	kapky
kg	kilogram
KO	krevní obraz
L	levá

LAHV	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
LDL	nízkodenzitní lipoprotein
LH	luteinizační hormon
ligg	ligamentum
mg	miligram
ml	mililitr
p.o	per os podání
per primam	hojení rány bez komplikací
QUICK	Quickův test na srážení krve
RTG	rentgen
S.c	sub cutání podání (pod kůží)
tbl	tableta
tzv	takzvaně

PŘÍLOHY

Příloha 1, tabulka č:1

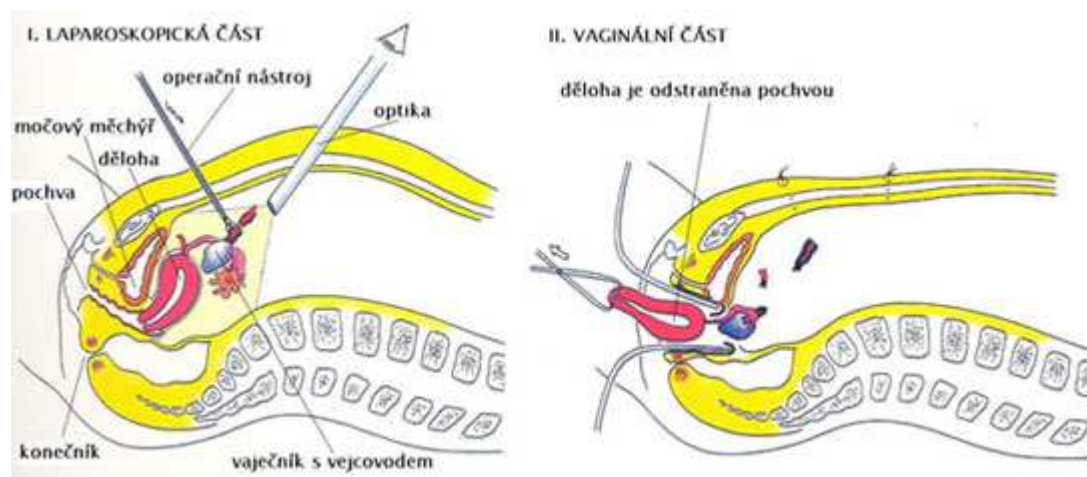
Stručný přehled základních diet

Číslo diety	Název diety	kJ	Bílkoviny	Tuky	Sacharidy
0	tekutá	6000	60	45	200
1	kašovitá	9500	80	70	320
2	šetřící	9500	80	70	320
3	racionální	9500	80	70	320
4	s omezením tuku	9500	80	55	320
5	bezezbytková	9500	80	70	320
6	s omezením bílkovin	9500	50	70	350
7	nízkocholesterolová	9000	80	60	275
8	redukční	5300	75	40	150
9	diabetická	9000	75	70	275
10	neslaná	9500	80	70	320
11	výživná	12000	105	80	420
12	batolecí	5500	45	40	190
13	strava větších dětí	8800	75	65	300

Speciální diety

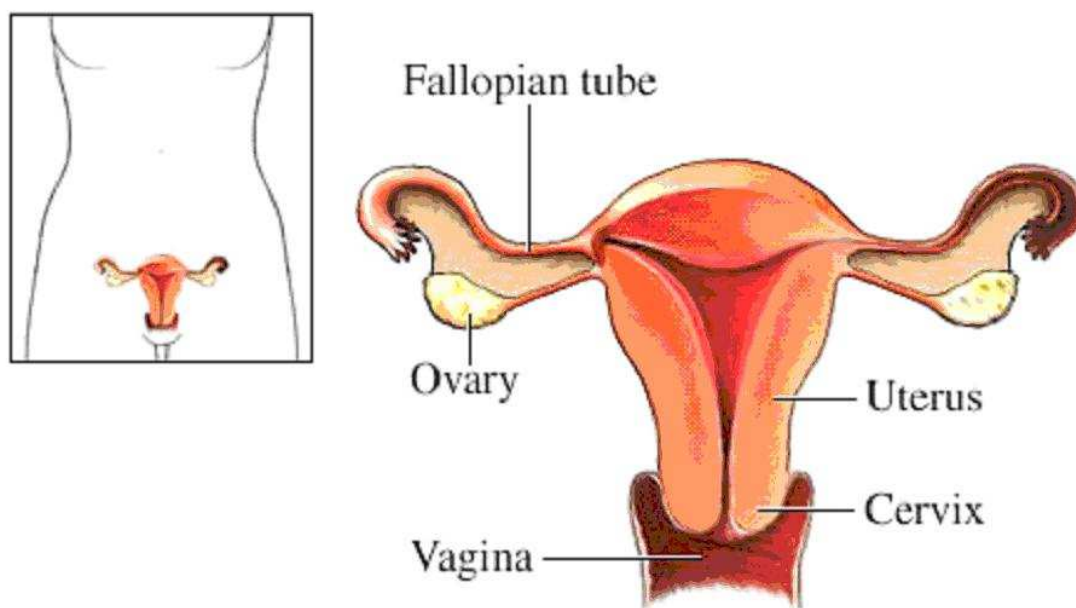
0s	čajová - po operacích, celý den se podává sladký či hořký čaj
0/9	tekutá diabetická
0SB	3xdenně se podává bujon
1s	tekutá výživná
1s/9	tekutá výživná, diabetická
4s	s přísným vyloučením tuku
9s	kombinace diabetické a šetřící diety
9sk	kombinace diabetické a šetřící diety, kašovitá
9k	diabetická, kašovitá
6k	s omezením bílkovin, kašovitá
6/9	s omezením bílkovin, diabetická
S20	s omezením bílkovin na 20g/den
S2D	s omezením bílkovin na 20g/den, diabetická
S4,2	přísná redukční dieta (4200kJ/den)

Příloha 2



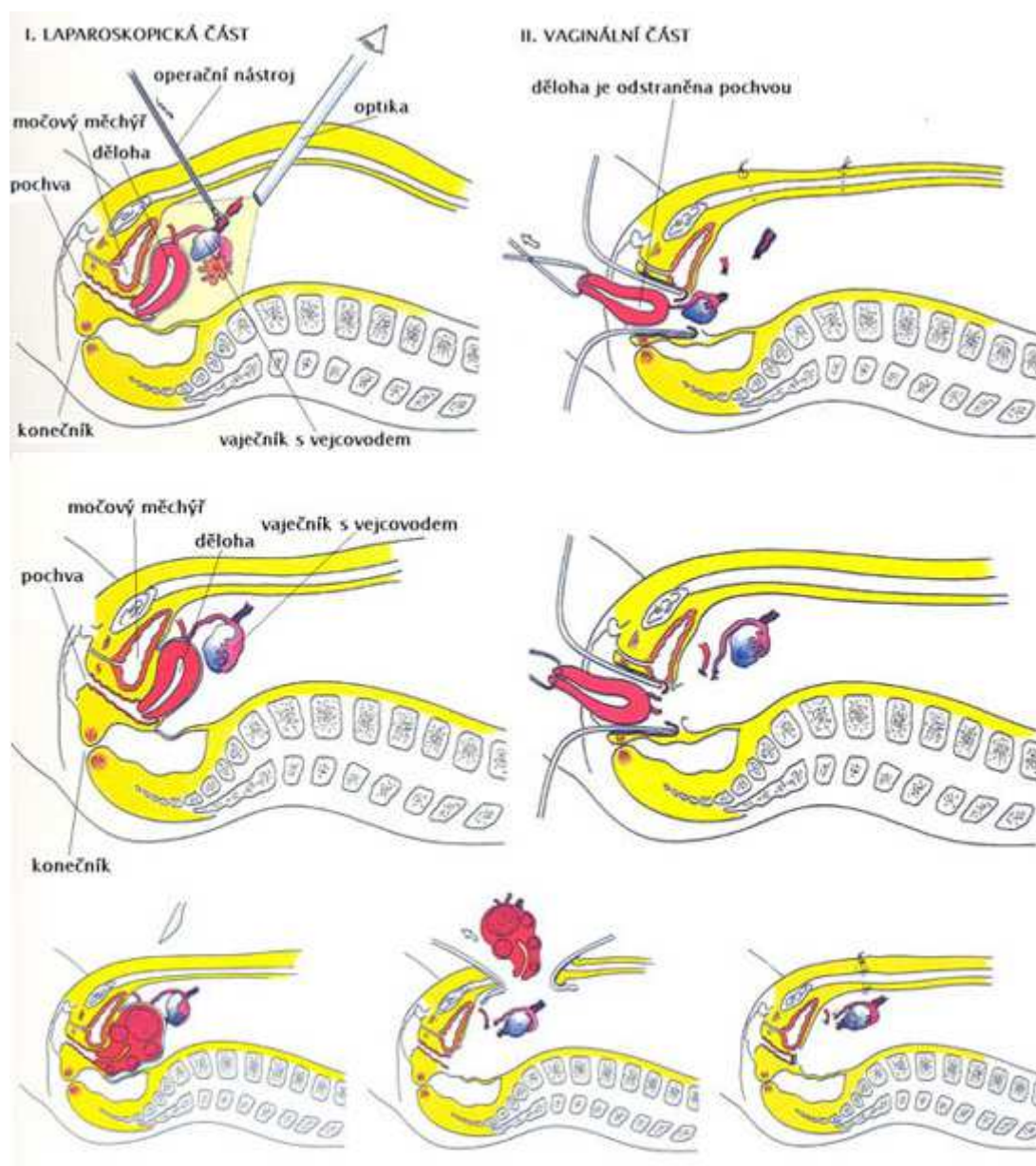
Znázornění operačního postupu u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie.

Příloha 3



Anatomické uložení dělohy a ovárií.

Příloha 4



Operační znázornění laparoskopicky asistované vaginální, vaginální i abdominální hysterektomie.

Příloha 5

Aktivita	Skóre
	Neomezený
Pohyb	Používá pomůcky Potřebuje pomoc k pohybu Neschopen přesunu
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc V anamnéze nykturie /inkontinence Vyžaduje pomoc
Medikace	Neužívá rizikové léky Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepany
Smyslové poruchy	Žádné Vizuální (významný - slepota, vysoké dioptrie bez korekce apod.), sluchový a smyslový deficit
Mentální status	Orientován Občasná/noční dezorientace Historie dezorientace/ demence
Věk	18-75 75 a výše
Pád v anamnéze	1
Celkem	
0 bodů - bez rizika	
1 bod a více - riziko	

Příloha 6

Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno

pacienta:.....

Datum

narození

pacienta

(věk):

.....

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1 .	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2 .	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3 .	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4 .	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5 .	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní	10 5

		trvale inkontinentní	0
6	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
.		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
.		s pomocí	5
		neprovede	0
8	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
.		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
.		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku